



Honorar & Abrechnung konkret

- **EBM & HVM: aktuelle Anpassungen & Veränderungen**
- **Strategische Überlegungen zur EBM-Reform**

Dipl.-Ing. Frank Welz

Halle, 15.05.2013

Honorarverhandlungen Bundesebene 2013



Einigung auf Beschlusspaket am 9. Oktober 2012

Beschluss	Auswirkung in Euro
Ausdeckung der Psychotherapie	130 Mio.
Veränderungsrate	170 Mio.
Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen	330 – 450 Mio.
Stärkung der haus- und fachärztlichen Grundversorgung (EBM)	250 Mio.
Erhöhung des Orientierungswertes um 0,9 %	270 – 290 Mio.
Nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs	0 Mio.
Summe	1.150 – 1.290 Mio.

Quelle: KBV, 24.11.2012

Honorarverhandlungen Bundesebene 2013



Zwei Reformschritte

zum 01.07.2013 (???)

- Neues EBM-Kapitel mit Leistungen zur gezielten Förderung der geriatrischen und palliativ-medizinischen Versorgung sowie der Behandlung von chronisch erkrankten oder behinderten Kindern im **hausärztlichen Bereich**
- Umsetzung der Förderung der Grundversorgung im **fachärztlichen Versorgungsbereich**
- Ausgabenneutrale Anpassung von Orientierungswert und kalkulatorischem Punktwert

zum 01.07.2014 (???)

- In-Kraft-Setzung des EBM nach Überprüfung und Bewertung aller weiteren Leistungen

→ Anpassung der regionalen HVM erforderlich !



Hausarzt-EBM 2013

(voraussichtlich ab 01.10.2013)

EBM ab 01.07.2013 (?)



Hausarzt-EBM 2013

- abgeschlossenes Kapitel Hausärzte im EBM
- alte EBM-Ziffern bleiben weitgehend erhalten
- Reduktion auf eine altersgewichtete Versichertenpauschale
- **automatischer diagnoseabhängiger Zuschlag für Chroniker**
- **Finanzierung der Vorhaltekosten in der Hausarztpraxis über Pauschalen pro Behandlungsfall** (wird automatisch zugesetzt)
- **Einführung Versorgungsbereichsspezifische Grundpauschale**
- **Differenzierter Technikzuschlag**
- **Differenzierter Gesprächszuschlag**

- **Umverteilung von Honorar innerhalb der Fachgruppen !**
- **Chancen, Risiken, Strategieempfehlungen ?**

1. Einführung Versorgungsbereichsspezifische Grundpauschale



03004 Versorgungsbereichsspezifische Grundpauschale für die hausärztliche Versorgung gemäß Anlage 5 BMV-Ä/EKV,

einmal im Behandlungsfall

Bei Erbringung und Berechnung einer/von Leistung(en) gemäß Anhang 5.1 der Anlage 5 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Arzt-Ersatzkassenvertrag wird die versorgungsbereichsspezifische Grundpauschale in diesem Behandlungsfall nicht vergütet.

Bei einer Behandlung im Vertretungsfall oder bei Überweisung zur Mit-, Weiterbehandlung oder Konsiliaruntersuchung durch einen in der Präambel 3.1 Nr. 1 genannten Vertragsarzt gemäß der Gebührenordnungsposition 03002 oder bei einer nach Art und Umfang definierten Überweisung (Definitionsauftrag) wird die versorgungsbereichsspezifische Grundpauschale in diesem Behandlungsfall nicht vergütet.

Neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 1.2 ist für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 03004 in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt außerhalb des organisierten ärztlichen Not(-fall)dienstes gemäß der Gebührenordnungsposition 03000 notwendig.

1. Abgrenzung des grundsätzlichen hausärztlichen Versorgungsspektrums



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 Nm. 2, 3 oder 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) durch Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs gemäß § 3 Abs. 1 Nm. 1 und 3
11. Leistungen der Drogensubstitution gemäß Abschnitt 1.8 EBM

Empfehlung: Ggf. Bewertungen und neue HVM-Regelungen beachten !

Quelle: KBV, 01.03.2013

2. Versichertenpauschale



Versichertenpauschale GOP 03000

Neue Abgrenzung der Altersgruppen
(automatische Zuordnung durch KV)

0 – 5 Jahre

6 – 59 Jahre

60 + Jahre



- 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

Automatische Zuordnung durch die KV

Cave: Deutlich sinkender Honoraranteil, ggf. auch durch Altersstaffelung, jedoch keine Einflussmöglichkeit

3. Chronikerpauschale



KBV

Änderungen im Kapitel 3 „Hausärzte“

Chronikerzuschlag (GOP 03200)

Neufassung des Chronikerzuschlag: Zuschlag zur VP in 4 Stufen

03200

Zuschlag zu der Versichertenpauschale nach der GOP 03000 für die Behandlung eines Patienten mit mindestens einer chronischen Erkrankung gemäß der Tabelle 1 Anhang 5

Obligater Leistungsinhalt

- Mindestens 1 Arzt-Patienten-Kontakt,

einmal im Behandlungsfall

Zuschlag zur Versichertenpauschale 03000:

bei einer Erkrankung

bei zwei Erkrankungen

bei drei Erkrankungen

bei mehr als 3 Erkrankungen gemäß der Tabelle 1, Anhang 5

Cave: Geringere Bewertung!

NEU!

Kein Chronikerzuschlag in Behandlungsfällen mit Leistungen gemäß Anhang 5.1 der Anlage 5 BÄMV-A/EKV außer HIV/AIDS-Schwerpunktpraxen

Quelle: KBV, 01.03.2013

3. Chronikerpauschale



03200 Zuschlag zu der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03000 für die Behandlung eines Patienten mit mindestens einer chronischen Erkrankung gemäß der **Tabelle 1 Anhang 5**, *Obligater Leistungsinhalt*

- Mindestens 1 **Arzt-Patienten-Kontakt**,

einmal im Behandlungsfall

Zuschlag zur Versichertenpauschale 03000:

bei einer Erkrankung

bei zwei Erkrankungen

bei drei Erkrankungen

bei mehr als **3 Erkrankungen gemäß der Tabelle 1 Anhang 5**

Bei Erbringung und Berechnung einer/von Leistung(en) gemäß Anhang 5.1 der Anlage 5 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Arzt-Ersatzkassenvertrag, mit Ausnahme der Leistungen der HIV/AIDS-Schwerpunktpraxen, ist die Gebührenordnungsposition 03200 im Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03200 ist nur bei Patienten mit (einer)

gesicherten Diagnose(n) berechnungsfähig.

3. Chronikerpauschale



Fallbeispiel:

75-jähriger Mann mit Diabetes, Hypertonie und KHK

Abrechnung (alt)

- Versichertenpauschale 03112
- Chronikerkomplex 03212
- Langzeit RR

Abrechnung (neu)

- Versichertenpauschale 03000
- Langzeit RR

Automatisch durch KV zugesetzte Pauschalen

- Versorgungsbereichsspezifische Grundpauschale
- Chronikerzuschlag Stufe 3
- Technikzuschlag LZ RR

3. Chronikerpauschale



Kapitel 3 - Hausärzte

KBV

Chronikerpauschale

Chronikerpauschale wird automatisch zugewiesen

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

Herzkrankungen

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 ...

Empfehlung: Diagnosehäufigkeit, -angaben und -vollständigkeit prüfen!

Quelle: KBV, 24.11.2012

4. Besondere Einzelleistungen u. Leistungskomplexe



Beibehaltung der Leistungen 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

Empfehlung: Strategieentwicklung im Bezug auf Strukturzuschlag!

5. Ausgewählte Einzelleistungen



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,**
-mindestens 15 Minuten Dauer,
- einmal im Behandlungsfall

5. Ausgewählte Einzelleistungen



*Die Kassenärztliche Vereinigung kann zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs für die gesamte Arztgruppe oder auf Antrag des Vertragsarztes **im Einzelfall Sonderregelungen für die Häufigkeit der Berechnungsfähigkeit der Leistung nach der Gebührenordnungsposition 03206** vorsehen.*

Die Gebührenordnungsposition 03206 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03370 und 03372 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03206 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 30700 berechnungsfähig.

5. Ausgewählte Einzelleistungen



03354 **Kleinchirurgischer Eingriff I**

Obligater Leistungsinhalt

- Operativer Eingriff mit einer Dauer von bis zu 10 Minuten und/oder
 - Primäre Wundversorgung und/oder
 - Koagulation und/oder Kauterisation krankhafter Haut- und/oder Schleimhautveränderungen und/oder
 - Operative Entfernung eines unter der Oberfläche von Haut oder Schleimhaut gelegenen Fremdkörpers nach Aufsuchen durch Schnitt und/oder
 - Öffnung eines Körperkanalverschlusses an der Körperoberfläche oder Eröffnung eines Abszesses oder Exzision eines Furunkels,
 -
- je Sitzung

5. Ausgewählte Einzelleistungen



3.2.3.4 Aufsuchende Tätigkeit im Rahmen der hausärztlichen Versorgung

1. Die in diesem Abschnitt aufgeführten Gebührenordnungspositionen sind definiert als Besuch einer einzelnen sozialen Gemeinschaft. Unter einer sozialen Gemeinschaft sind
 - Familien,
 - Eheähnliche Lebensgemeinschaften,
 - Wohngemeinschaften in abgeschlossenen Wohnbereichen,
 - Sonstige betreute Wohnformen,
 - **Heime je abgeschlossener Organisationseinheit, Station, abgeschlossene pflegerische Einheit zu verstehen.**
2. Die Besuchstätigkeit in Heimen und/oder sonstigen betreuten Wohnformen ist bei der Abrechnung mit einem "H" zu kennzeichnen.

5. Ausgewählte Einzelleistungen



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

5. Ausgewählte Einzelleistungen



03415 Besuch eines Patienten wegen der Erkrankung, am Tag der Anfrage ausgeführt, außerhalb der Sprechstundenzeiten

Die Gebührenordnungsposition 03415 ist im Rahmen des organisierten Not(-fall)dienstes nicht berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03415 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01210, 01214, 01216, 01218, 01410 bis 01415, 01721, 03410 bis 03413, 04377, 04379, 04381, 04383, 04385 und 05230 berechnungsfähig.

5. Ausgewählte Einzelleistungen



03420 Zuschlag zur Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03000 für die hausärztliche geriatrische Basisversorgung

Obligater Leistungsinhalt

- Erhebung und/oder Monitoring von lokalisierten oder übergreifenden motorischen, kognitiven, emotionellen und/oder organbedingten Einschränkungen,

- ...

- 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 1 Anhang 5 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.

5. Ausgewählte Einzelleistungen



Änderungen im Kapitel 3 „Hausärzte“

Weitere strukturelle Anpassungen (IV)

KBV

Einführung neuer Leistungen

Präambel 3.2.3.6 Palliativmedizinische Versorgung

- Definition von palliativmedizinisch zu behandelnden Patienten
- Abgrenzung zur spezialisierten Palliativversorgung (SAPV)

Allgemeine Palliativmedizin

- 03431 Palliativmedizinische Betreuungspauschale
Bedingungen 03431
An Qualifikationsnachweise und Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gebunden
- 03433 Telefonische (Krankenhaus-)Überleitungsvisite
- 03435 Persönliche Überleitungsvisite
- 03437/03439 Zuschlag zu Hausbesuchen

Quelle: KBV, 01.03.2013

5. Ausgewählte Einzelleistungen



3.2.3.6 Allgemeine Palliativmedizin

Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts können für die Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patienten in jedem Alter mit einer nicht heilbaren, weit fortgeschrittenen und lebensbegrenzenden Erkrankung abgerechnet werden, es ist der ICD-10-GM Kode Z51.5 Palliativbehandlung anzugeben. Eine Erkrankung ist nicht heilbar, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung dieser Erkrankung führen können. Sie ist fortschreitend, wenn ihr Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin nicht nachhaltig aufgehalten werden kann.

3. Der Anspruch eines Patienten auf eine spezialisierte Palliativversorgung (SAPV) im Sinne des § 37b SGB V wird durch das Erbringen der nachfolgenden Gebührenordnungspositionen nicht berührt.

5. Ausgewählte Einzelleistungen



03433 Telefonische (Krankenhaus-)Überleitungsvisite

Obligater Leistungsinhalt

Telefonische Überleitungsvisite in die ambulante palliativmedizinische Versorgung

- mit dem behandelnden Krankenhausarzt und/oder
 - mit der für den Patienten verantwortlichen Person der Hospiz-Einrichtung
- Die Gebührenordnungsposition 03433 ist nur berechnungsfähig, wenn die telefonische (Krankenhaus-)Überleitung in direktem Zusammenhang mit der Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus und/oder Hospiz (maximal 1 Woche vor Entlassung) erfolgt.*

5. Ausgewählte Einzelleistungen



03435 Persönliche Überleitungsvisite

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Persönliche Überleitungsvisite in die ambulante palliativmedizinische Versorgung

- mit dem behandelnden Krankenhausarzt und/oder
 - mit der für den Patienten verantwortlichen Person der Hospiz-Einrichtung
- Die Gebührenordnungsposition 03435 ist nur berechnungsfähig, wenn die persönliche Überleitungsvisite in direktem Zusammenhang mit der Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus und/oder Hospiz (maximal 1 Woche vor Entlassung) erfolgt.*

5. Ausgewählte Einzelleistungen



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

Obligater Leistungsinhalt

- Palliativmedizinische Behandlung/Betreuung im Rahmen von Hausbesuchen,
- Dauer bis 60 Minuten

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

Obligater Leistungsinhalt

- Palliativmedizinische Behandlung/Beratung im Rahmen von Hausbesuchen,
- Dauer von mehr als 60 Minuten

5. Ausgewählte Einzelleistungen



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

- Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten onkologischen Erkrankung,
- Fortlaufende Beratung zum Umgang mit der onkologischen Erkrankung,
- Kontrolle und/oder Behandlung ggf. auftretender therapiebedingter Nebenwirkungen,
- Planung und Koordination der komplementären Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung unter besonderer Berücksichtigung der gesicherten onkologischen Erkrankung,

5. Ausgewählte Einzelleistungen



Die Gebührenordnungsposition 03450 ist nur bei mindestens einer der im Folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: **Maligne solide Tumore (ICD-10-GM: C00 bis C80.-, C97), Maligne Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und verwandten Gewebes (ICD-10-GM: C81.- bis C96.9).**

Die Gebührenordnungsposition 03450 ist bei laufender medikamentöser, im Sinne einer systemischen Chemotherapie mit z. B. zytostatischen Substanzen, operativer und/oder strahlentherapeutischer Behandlung und/oder bei Betreuung **im Rahmen der Nachsorge bis höchstens zwei Jahre** nach Beendigung einer medikamentösen, operativen und/oder strahlentherapeutischen Behandlung eines Patienten mit gesicherter onkologischer Erkrankung berechnungsfähig.

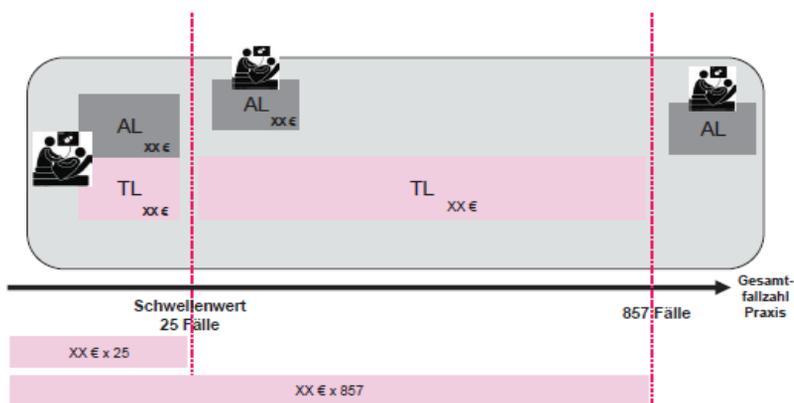
6. Fixkostendeckung durch Strukturzuschlag



KBV

Zuschlagssystematik Vorhaltung

Beispiel: 03360 Schilddrüsen - Sonographie



Quelle: KBV, 01.03.2013

7. Zusammenfassung Hausarzt-EBM 2013



Zusammenfassung der Änderungen EBM HÄ

KBV

Herausnahme aus Versichertenpauschale

- Versorgungsbereichsspezifische Grundpauschale (keine Abrechnung)
- ausführliches Gespräch
- EKG
- Onkologische Mitbetreuung

Neue Leistungen

- ABI- Messung (Taschendoppler)
- Duplexsonografie (Muster WBO)
- Geriatrieleistungen
- Palliativleistungen

Änderung Inhalte

- Versichertenpauschale (keine Abrechnung)
- Chronikerzuschlag (keine Abrechnung)

Neue Bewertungssystematik zur Fixkostendeckung

Quelle: KBV, 01.03.2013

7. Zusammenfassung Hausarzt-EBM 2013



Was ändert sich in der Abrechnung der Hausärzte?

Vergleich „alter EBM“ und Hausarzt-EBM 2013 (I)

KBV

GOP bisher	GOP-Bezeichnung	GOP neu	Zusetzung durch KV	
			GOP	Struktur- zuschlag
03110 03111 03112	Versichertenpauschale (VP)	03000		
03120 03221 03122	Versichertenpauschale bei Überweisungen / im Vertretungsfall	03002		
	Versorgungsbereichsspezifische Grundpauschale (G)	03004		
03130	Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme	03030		
03212	Chronikerpauschale	03200		
Anhang 1	ausführliches ärztliches Gespräch (mind. 15 min)	03206		

Quelle: KBV, 24.11.2012

7. Zusammenfassung Hausarzt-EBM 2013



Was ändert sich in der Abrechnung der Hausärzte?

Vergleich „alter EBM“ und Hausarzt-EBM 2013 (IV)

KBV

GOP bisher	GOP-Bezeichnung	GOP neu	Zusetzung durch KV	
			GOP	Struktur- zuschlag
	Zuschlag zur VP für hausärztliche geriatrische Basisversorgung	03420		
	Zuschlag zur GOP 03420 für spezielle hausärztliche geriatrische Versorgung	03422		
	Palliativmedizinische Betreuungspauschale	03431		
	Telefonische (Krankenhaus-)Überleitungsvisite	03433		
	Persönliche Überleitungsvisite	03435		
	Zuschlag Hausbesuch (bis 60 min.)	03437		
	Zuschlag Hausbesuch (mehr als 60 min.)	03439		
analog 13500	Zusatzpauschale Behandlung/Betreuung Patient mit gesicherter onkologischer Erkrankung	03450		

Quelle: KBV, 24.11.2012

7. Zusammenfassung Hausarzt-EBM 2013



Was ändert sich in der Abrechnung der Hausärzte?

Vergleich „alter EBM“ und Hausarzt-EBM 2013 (III)

KBV

GOP bisher	GOP-Bezeichnung	GOP neu	Zusetzung durch KV	
			GOP	Struktur- zuschlag
02300	Kleinchirurgie I	03354		
02301, 02302	Kleinchirurgie II	03355		
	ABI-Messung / Taschendoppler (neu)	03356		
33012	Sono Schilddrüse	03360		
33042	Sono Abdomen	03362		
33060	CW-Doppler-Sono extrakranieller himversorgender Gefäße	03364		
33061	CW-Doppler-Sono extremitätenver-lentsorgender Gefäße	03365		
35100	differentialdiagnostische Klärung	03370		
35110	verbale Intervention	03372		
40240	Aufsuchen durch einen vom Arzt beauftragten angestellten Mitarbeiter	03401		
40870	ärztlich angeordnete Hilfeleistungen (qualifizierte MFA, VERAH)	03403		
	ärztlich angeordnete Hilfeleistungen mit telemedizinischer Unterstützung	03405		
01410	Besuch eines Kranken	03407		
01411	Dringender Besuch	03409		
01412	Dringender Besuch / Dringende Visite	03411		
01413	Besuch eines weiteren Kranken	03413		
01415	Besuch am Tag der Anfrage, außerh. Sprechstunde	03415		

neue GOP

Quelle: KBV, 24.11.2012

7. Zusammenfassung Hausarzt-EBM 2013



KBV

Was ändert sich in der Abrechnung der Hausärzte? Vergleich „alter EBM“ und Hausarzt-EBM 2013 (II)

GOP bisher	GOP-Bezeichnung	GOP neu	Zusetzung durch KV	
			GOP	Struktur- zuschlag
03240	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	in 03420		
03241	Computergestützte Auswertung Langzeit-EKG von mind. 18h	03241		
Anhang 1	EKG	03320		
03321	Belastungs-EKG	03321		
03322	Aufzeichnung Langzeit-EKG von mind. 18h	03322		
03324	Langzeit-Blutdruckmessung	03324		
03330	Spirometrie	03330		
03331	Prokto-/Rektoskopischer U-Komplex	03331		
03332	Zuschlag zur GOP 03331 für Polypentfernung	03332		
03335	orient. audiometrische Untersuchung	03335		
03350	orient. entwicklungsneurolog. Untersuchung eines Neugeborenen, ...	03350		
03351	orient. Untersuchung der Sprachentwicklung eines Säuglings, ...	03351		
03352	Zuschlag zu GOPen 01712 - 01720 und 01723 für die Erbringung des Inhalts der GOP 03350 u./o. 03351	03352		

Quelle: KBV, 24.11.2012

7. Zusammenfassung Hausarzt-EBM 2013



KBV

Bewertung – erste Ergebnisse der Kalkulation

GNR	GNR Bezeichnung	WERT normativ	Bewertung AL+TL _{var}	Bewertung "EBM 2012"	Bewertung TL _{ex} Einzelleistung	Fixkosten- zuschlag
1	2	3	4	5	6	7
03000	Versichertenpauschale					
	bis zum vollendeten 2. Lebensjahr		27,23 €			
	bis zum Beginn des 3. und bis zum vollendeten 5. Lebensjahr		21,93 €			
	bis zum Beginn des 6. und bis zum vollendeten 18. Lebensjahr		19,27 €			
	bis zum Beginn des 19. und bis zum vollendeten 54. Lebensjahr		12,73 €			
	bis zum Beginn des 55. und bis zum vollendeten 74. Lebensjahr		18,57 €			
	ab Beginn des 75. Lebensjahrs		25,46 €			
03002	Versichertenpauschale im Vertretungsfall und bei Überweisung			50% der GOP 03000		
03004	Versorgungsbereichsspezifische Grundpauschale					8,50 €
03030	Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme bei persönlichem A-P-K		8,66 €			
03200	Zuschlag zu der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03000 für die Behandlung eines Patienten mit /von chronischer/n Erkrankung(en)	eine: 12,55€ zwei: 16,62€ drei: 18,74€ vier: 20,86€	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt

Quelle: KBV, 24.11.2012

8. Kinder- und Jugendmedizin



KBV

Kapitel 4 - Kinder- und Jugendmedizin

Neue Struktur

■ neue Leistungen bzw. Abschnitte

- 4.1 Präambel
- 4.2 **GOPen der allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin**
 - 4.2.1 Pädiatrische Versichertenpauschalen
Versorgungsbereichsspezifische Grundpauschale, Chronikerpauschale, unvorhergesehene Inanspruchnahme, ausführliches ärztliches Gespräch
 - 4.2.3 Besondere Leistungen
 - 4.2.3.1 Besondere Einzelleistungen und Leistungskomplexe
 - 4.2.3.2 *Ultraschalldiagnostik*
 - 4.2.3.3 *Psychosomatische Versorgung*
 - 4.2.3.4 *Aufsuchende Tätigkeit i. R. d. hausärztlichen Versorgung*
 - 4.2.3.5 **Sozialpädiatrische(s) Basisassessment / Versorgung**
 - 4.2.3.6 *Allgemeine Palliativmedizin*
 - 4.2.3.7 *Onkologische Mitbetreuung*
- 4.4 **GOPen der schwerpunktorientierten Kinder- und Jugendmedizin**
- 4.5 **Pädiatrische GOPen mit Zusatzweiterbildung**

Quelle: KBV, 24.11.2012



Facharzt-EBM 2013

(voraussichtlich ab 01.10.2013)

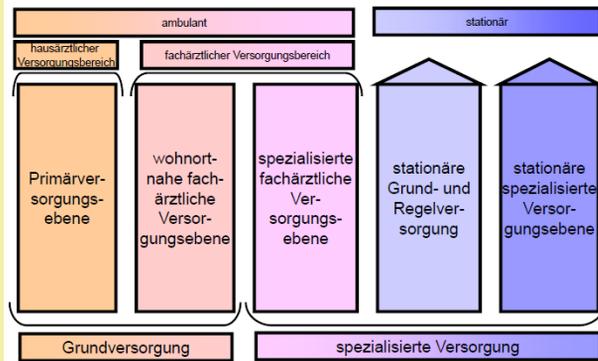
Einführung einer fachärztlichen Strukturpauschale



Strukturelle Überlegungen zur Einführung einer Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung

KBV

Versorgungsebenenmodell



Gründe:

- Demographie erfordert fachärztliche Grundversorgung
- konservativ/betreuungsintensiv tätige Ärzte bisher immer Verlierer

Aber:

- Keine Legaldefinition für fachärztliche Strukturpauschale

Vorschlag KBV: Abschluss eines Vertrages zur fachärztlichen Grundversorgung

Quelle: KBV, 24.11.2012

Einführung einer fachärztlichen Strukturpauschale



Anlage 5a zum BMV-Ä

KBV

Festlegung fachärztliche Grundversorger, Modifizierungsvorschlag

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
Innere Medizin, FA ohne Schwerpunkt	ja	Urologie	ja
Innere Medizin, SP Angiologie	ja	Physikalische und Rehabilitative Medizin	ja
Innere Medizin, SP Endokrinologie	ja	Ausschließlich aufzunehmende Ärzte gemäß § 13 BMV	Grundversorger
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	ja	Labormedizin	nein
Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie	ja	Nuklearmedizin	nein
Innere Medizin, SP Kardiologie	ja	Pathologie	nein
Innere Medizin, SP Nephrologie	ja	Radiologie	nein
Innere Medizin, SP Pneumologie	ja	Strahlentherapie	nein
Innere Medizin, SP Rheumatologie	ja	Teilnahmestatus	Grundversorger
		Ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser und Institute	nein

Quelle: KBV, 01.03.2013

Einführung einer fachärztlichen Strukturpauschale



3. Vorgaben der KBV

KBV

Finanzierung der PFG - Modifizierungsvorschlag

Bildung eines versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrages PFG



In diesen Grundbetrag PFG werden eingestellt:

- der dem fachärztlichen Vergütungsbereich zugeordnete Anteil aus 250 Mio. € (126 Mio. €)
- der Anteil aus der Einsparung Dialyse-Sachkosten (20 bzw. 30 Mio. €)
- die Einsparung aus der geplanten Regelung zu CRP, fT3 und fT4 (42 Mio. €)
- die Einsparung aus der Bildung des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrages Humangenetik (ca. 15 Mio. Euro)
- 100 % des auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Honorarzuwachses aus der Veränderungsrate in 2013

Quelle: KBV, 01.03.2013

Einführung einer fachärztlichen Strukturpauschale



EBM-Änderungen

KBV

Festlegung von Leistungen außerhalb der fachärztlichen Grundversorgung

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	CT/MRT
		35.2	Richtlinien-Psychotherapie

Quelle: KBV, 01.03.2013

Einführung einer fachärztlichen Strukturpauschale



KBV

EBM-Änderungen - Bestimmung der Höhe der PFG

Arztgruppe	verfügbares Ausgabevolumen in Euro gemäß MGV-LB-Anteil	Anzahl PFG-Behandlungsfälle	Bewertung der PFG	
			In Euro	In Punkten (bei OW = 3,535 Cent)
Anästhesiologie	1.515.720	232.479	6,50	185
Augenheilkunde	40.484.569	28.267.006	1,45	40
Chirurgie	22.541.117	9.262.542	2,45	70
Gynäkologie	52.022.609	16.319.773	3,20	90
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Phoniatrie und Pädaudiologie	29.922.444	11.895.471	2,50	70
Hautarzt	18.385.690	13.814.081	1,35	40
Humanogenetik	122.885	16.626	7,40	210
Innere Medizin, FA ohne Schwerpunkt	7.029.075	2.679.871	2,60	75
Innere Medizin, SP Angiologie	1.058.337	214.126	4,95	140
Innere Medizin, SP Endokrinologie	670.661	97.984	6,85	195
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	4.498.352	1.386.352	3,25	90
Innere Medizin, SP Hämatologie/Oncologie	4.716.356	899.267	5,25	150
Innere Medizin, SP Kardiologie	9.924.538	2.220.246	4,45	125
Innere Medizin, SP Nephrologie	3.336.118	1.018.485	3,30	95
Innere Medizin, SP Pneumologie	5.936.547	1.044.524	5,70	160
Innere Medizin, SP Rheumatologie	2.022.025	183.876	11,00	310
Innere Medizin, mehrere SP	652.515	122.019	5,35	150
Kinder- und Jugendpsychiatrie	5.756.111	814.852	7,05	200
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	235.490	124.023	1,90	55
Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie	39.445.541	12.635.132	3,10	90
Orthopädie	46.114.943	20.149.453	2,30	65
Physikalische und Rehabilitative Medizin	1.933.523	360.368	5,35	150
Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten	15.418.341	947.796	16,25	460
Urologie	18.888.811	5.696.499	3,30	95
Summe	332.632.317			
davon aus 250 Mio. Zuwachs der MGV (50,58%)	126.450.000			
davon aus freigesetzten Mitteln und Honorarzuwachs Fachärzte	206.182.317			

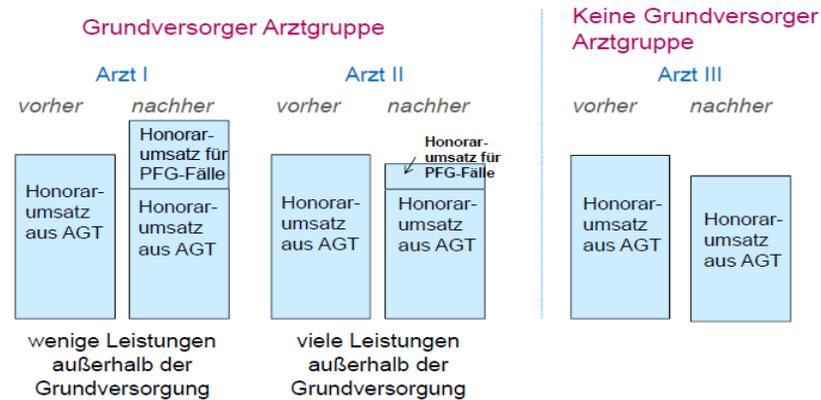
Quelle: KBV, 01.03.2013

Einführung einer fachärztlichen Strukturpauschale



Grundversorgungsrelevante Trennung im fachärztlichen Versorgungsbereich einer KV (II)

Auswirkungen auf den einzelnen Facharzt



Quelle: KBV, 24.11.2012



Danke für die Aufmerksamkeit !