

## INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

### Einheitlicher Bewertungsmaßstab

Juli 2013

### Weiterentwicklung des Hausarzt-EBM: Schrittweise Stärkung der Grundversorgung ab 1. Oktober 2013

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) wird bis Mitte 2014 schrittweise überarbeitet. Ziel ist es, die Leistungen der medizinischen Grundversorgung besser abzubilden und sie bei der Honorierung stärker zu berücksichtigen. Das gilt sowohl für den fachärztlichen Bereich als auch für den hausärztlichen. Die ersten Neuerungen gibt es ab 1. Oktober 2013. In dieser Praxisinformation stellen wir Ihnen vor, was sich für Hausärzte und für Kinder- und Jugendärzte ändert.

#### DER NEUE HAUSARZT-EBM AB 1. OKTOBER 2013

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben sich Ende Juni auf einen neuen Hausarzt-EBM geeinigt. Neue Leistungen kommen hinzu, die Versichertenpauschale wird stärker nach dem Alter differenziert und der Chronikerzuschlag neu geregelt.

Doch keine Sorge: Die Grundstruktur des EBM ändert sich nicht. Das Spektrum der Gebührenordnungspositionen (GOP) im Kapitel 3 für Hausärzte und im Kapitel 4 für Kinder- und Jugendärzte bleibt im Wesentlichen erhalten. Auch die Abrechnung wird nicht aufwändiger. Zum einen werden einige Positionen von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) automatisch zugesetzt. Zum anderen sind die Hersteller von Praxisverwaltungssystemen dabei, unterstützende Softwarelösungen vorzubereiten.

#### Das sind die wesentlichen Änderungen im Überblick:

##### 1 DIE VERSICHERTENPAUSCHALE WIRD SCHLANKER UND STÄRKER ALTERSDIFFERENZIIERT

Die Versichertenpauschale (GOP 03000 für Hausärzte und GOP 04000 für Kinder- und Jugendärzte) gibt es weiterhin. Allerdings werden zwei Leistungen, die Bestandteil der Versichertenpauschale sind, ausgegliedert: das ausführliche Gespräch und das Vorhalten von Praxisstrukturen, die zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung erforderlich sind (siehe Punkt 2 und 3). Beide Positionen sind künftig einzeln berechnungsfähig. Die Höhe der Versichertenpauschale wird entsprechend abgesenkt.

Zudem ist die Pauschale künftig noch stärker nach Altersgruppen differenziert, um die altersspezifische Morbidität besser abzubilden. Statt bislang drei Altersgruppen (bis zum vollendeten 5. Lebensjahr, vom 6. bis 59. Le-

Aufwertung der hausärztlichen Grundversorgung

Neue Leistungen und stärkere Differenzierung der Pauschalen

Die Grundstruktur des EBM bleibt erhalten

GOP 03000 wird kleiner – zwei Leistungen ausgegliedert

Stärker nach Alter differenziert



## Thema: Einheitlicher Bewertungsmaßstab

bensjahr und ab dem 60. Lebensjahr) gibt es künftig fünf. Sie sind unterschiedlich hoch bewertet.

**Das sind die fünf Altersklassen und die jeweilige Vergütung:**

- bis zum vollendeten 4. Lebensjahr (23,60 Euro)
- vom 5. Lebensjahr bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (15,00 Euro)
- vom 19. Lebensjahr bis zum vollendeten 54. Lebensjahr (12,20 Euro)
- vom 55. Lebensjahr bis zum vollendeten 75. Lebensjahr (15,70 Euro)
- vom 76. Lebensjahr (21,00 Euro)

*Hinweis: Die Abrechnung wird nicht komplizierter. Der Arzt rechnet die Versichertenpauschale ab; die altersgestaffelte Bewertung wird durch die Praxissoftware beziehungsweise die KV automatisch zugesezt.*

2

### DAS AUSFÜHRLICHE GESPRÄCH WIRD EINZELLEISTUNG

Ärzte können das ausführliche Gespräch mit einem Patienten und/oder einer Bezugsperson künftig als Einzelleistung abrechnen. Voraussetzung ist, dass das Gespräch mindestens zehn Minuten dauert und im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung steht. Dafür wird die GOP 03230 für Hausärzte und die GOP 04230 für Kinder- und Jugendärzte eingeführt. Die Leistung wird mit 9,00 Euro je vollendete zehn Minuten bewertet.

#### Praxisbezogenes Gesprächskontingent pro Quartal

Jede Praxis erhält ein quartalsbezogenes Gesprächskontingent. Gesprächsleistungen hat es in früheren Versionen des EBM schon gegeben. Die Erfahrungen haben allerdings gezeigt, dass Gespräche dann zum Teil unplausibel häufig abgerechnet wurden. Das Kontingent soll diese Ausweitung der Gesprächsleistung zu Lasten aller Ärzte verhindern. Pro Behandlungsfall werden 4,50 Euro bereitgestellt. Das Gesprächskontingent einer Praxis berechnet sich somit wie folgt: Zahl der Behandlungsfälle multipliziert mit 4,50 Euro.

**Beispielrechnung:** Bei 4,50 Euro pro Behandlungsfall steht einer Praxis mit 1.000 Fällen ein Gesprächskontingent in Höhe von 4.500 Euro im Quartal zur Verfügung. Aus diesem Kontingent werden die ausführlichen Gespräche vergütet, die der Arzt führt. Für 4.500 Euro zum Beispiel kann die Praxis bis zu 500 ausführliche Gespräche mit jeweils 9,00 Euro abrechnen (500 Gespräche x 9,00 Euro = 4.500 Euro).

Mit welchen Patienten der Arzt ein ausführliches Gespräch führt, richtet sich nach dem Behandlungsbedarf. So kann der Arzt auch mehrere Gespräche mit ein und demselben Patienten führen und je vollendete zehn Minuten Gesprächsdauer 9,00 Euro abrechnen.

**Fallzahlzählung:** In die Berechnung des praxisbezogenen Gesprächskontingentes fließen alle Behandlungsfälle ein. Ausgenommen sind Notfälle im organisierten Bereitschaftsdienst, Überweisungsfälle, um ausschließlich Proben zu untersuchen oder um dokumentierte Untersuchungsergebnisse zu befunden, Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Kostenpauschalen (EBM-Kapitel 40) berechnet werden sowie stationäre (belegärztliche) Behandlungsfälle.

Überblick über die neuen fünf Altersklassen

Kein zusätzlicher Aufwand

Neue GOP 03230 für zehnmündige Gespräche

Gesprächskontingent für jede Praxis

Beispielhafte Berechnung des Kontingents

Diese Fälle fließen nicht in die Berechnung ein



### 3 NEUE PAUSCHALE FÜR DAS VORHALTEN VON STRUKTUREN

Wer hausärztlich tätig ist, muss in seiner Praxis für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß Paragraf 73 Abs. 1 SGB V bestimmte Grundstrukturen vorhalten. Bislang ist die Finanzierung dieser Strukturen mit der Versichertenpauschale abgegolten. Ab 1. Oktober 2013 erhalten Ärzte dafür eine Zusatzpauschale: die GOP 03040 für Hausärzte und die GOP 04040 für Kinder- und Jugendärzte. Diese Pauschale ist einmal im Behandlungsfall und in der Regel neben der Versichertenpauschale berechnungsfähig. Sie ist mit 14,00 Euro bewertet.

**Ausnahmen:** Die neue Pauschale ist nicht abrechenbar, wenn der Arzt in dem Behandlungsfall zusätzlich oder ausschließlich Leistungen durchführt, die nicht zum grundsätzlichen hausärztlichen Versorgungsbereich zählen – zum Beispiel Akupunktur oder Psychotherapie. Der Grund: Die Vergütung der Grundstrukturen ist in der Kalkulation dieser Leistungen bereits anteilig berücksichtigt.

**Bei diesen Leistungen erhält der Arzt keine Pauschale:**

- Behandlung krebskranker Patienten nach der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelverträge)
- Phlebologie (EBM-Abschnitt 30.5)
- Schmerztherapie nach EBM-Abschnitt 30.7, zum Beispiel Akupunktur (Abschnitt 30.7.3)
- Schlafstörungsdiagnostik (EBM-Abschnitt 30.9)
- Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson (GOP 35111 bis 35113)
- Hypnose (GOP 35120)
- Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung einer psychotherapeutischen Kurzzeittherapie (GOP 35130) und zur Einleitung / Verlängerung einer Langzeittherapie (GOP 35131)
- Biographische Anamnese, vertiefte Exploration, Zuschlag zur Erhebung neurologischer und psychiatrischer Befunde (GOP 35140 bis 35142)
- Probatorische Sitzung (GOP 35150)
- Antragspflichtige Leistungen der Psychotherapie (EBM-Abschnitt 35.2)
- Leistungen aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich (Paragraf 6 Anlage 5 Bundesmantelverträge)
- Leistungen, die auf Überweisung eines anderen Hausarztes oder im Vertretungsfall durchgeführt werden.

**Ausnahme:** Hausärzte, die sich auf die Betreuung von Diabetikern oder HIV-Patienten spezialisiert haben, können auch in diesen Fällen die Pauschale abrechnen. Sie ist dann mit 7,00 Euro statt mit 14,00 Euro bewertet.

Das Vorhalten hausärztlicher Strukturen wird jetzt separat vergütet

Neue GOP 03040 nicht in jedem Fall abrechenbar

Bei Spezialleistungen wie Schmerztherapie kann die neue Pauschale nicht abgerechnet werden

Ausnahme für Hausärzte, die auf Diabetiker und HIV-Patienten spezialisiert sind



## Thema: Einheitlicher Bewertungsmaßstab

**Sonderregelung:** 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.

*Hinweis: Der Arzt hat bei der Abrechnung keinen höheren Aufwand, denn die „Vorhaltepauschale“ wird von der KV automatisch zugesetzt.*

### 4 EINFÜHRUNG NEUER LEISTUNGEN

Um die ambulante medizinische Versorgung weiter zu verbessern, werden Leistungen neu in den EBM aufgenommen. Zur Finanzierung dieser Leistungen stellen die Krankenkassen 124 Millionen Euro zusätzlich im Jahr bereit.

#### ▪ Geriatrische Versorgung für Patienten ab vollendetem 70. Lebensjahr

Um die geriatrische Versorgung gezielt zu fördern, wird die GOP zum Basisassessment angepasst und eine zusätzliche GOP zur Betreuung von Patienten eingeführt, die aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe einen besonders aufwändigen Versorgungsbedarf haben. Ein zusätzlicher Qualifikationsnachweis ist nicht erforderlich. Hausärzte erhalten für das Basisassessment (GOP 03360) 12,20 Euro, die Betreuung (GOP 03362) ist mit 15,90 Euro bewertet.

#### ▪ Leistungen der allgemeinen Palliativversorgung

Zur Förderung der allgemeinen Palliativversorgung wird ein neuer Abschnitt 3.2.5 bzw. 4.2.5 in den EBM aufgenommen. Zur Eingangsdagnostik und Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Patienten stehen die Gebührenordnungspositionen 03370 bis 03373 / 04370 bis 04373 bereit. Sie sind berechnungsfähig bei Patienten jeden Alters, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden Erkrankung leiden. Die Eingangsdagnostik (GOP 03370 bei Hausärzten / GOP 04370 bei Kinder- und Jugendärzten) zum Beispiel ist mit 34,10 Euro bewertet.

Für Hausbesuche bei palliativmedizinisch zu versorgenden Patienten sind Zuschläge vorgesehen: Ein Zuschlag für reguläre Hausbesuche in Höhe von 12,40 Euro je vollendete 15 Minuten (GOP 03372 bei Hausärzten / GOP 04372 bei Kinder- und Jugendärzten) sowie für dringende Hausbesuche in Höhe von 12,40 Euro je Besuch (GOP 03373 bei Hausärzten / GOP 04373 bei Kinder- und Jugendärzten).

#### ▪ Sozialpädiatrische Leistung der Kinder- und Jugendärzte

Durch die Aufnahme der GOP 04355 in Kapitel 4 des EBM soll der zusätzliche Aufwand bei der Betreuung chronisch kranker und/oder behinderter Kinder besser berücksichtigt werden. Diese neue Leistung ist mit 14,50 Euro bewertet.

### 5 NEUREGELUNG DES CHRONIKERZUSCHLAGS

Um den höheren Aufwand bei der Behandlung chronisch Kranker besser abzubilden, darf der Chronikerzuschlag bereits bei einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal abgerechnet werden.

Bei mehr als 1.200 Behandlungsfällen erfolgt ein Aufschlag

124 Millionen Euro für neue Leistungen

Zusätzliche GOP für Geriatrie

Neues EBM-Kapitel für allgemeine Palliativversorgung

Zuschläge für Hausbesuche

Zusatzaufwand bei der Sozialpädiatrie wird vergütet

Chronikerzuschlag schon bei einem Arzt-Patienten-Kontakt



## Thema: Einheitlicher Bewertungsmaßstab

Deshalb gibt es jetzt zwei GOP:

- Die GOP 03220 für Hausärzte / 04220 für Kinder- und Jugendärzte kann bei einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet werden. Sie wird mit 13,00 Euro bewertet.
- Die GOP 03221 für Hausärzte / 04221 für Kinder- und Jugendärzte kann abgerechnet werden, wenn mindestens zwei und mehr Arzt-Patienten-Kontakte im Quartal bestanden haben. Sie ist mit 15,00 Euro bewertet.

**Ausnahmen:** 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.

### WEITERENTWICKLUNG DES EBM: WIE ES JETZT WEITER GEHT

Die Herausnahme der ausführlichen Gesprächsleistung aus der Versichertenpauschale, die stärkere Differenzierung der Versichertenpauschale und des Chronikerzuschlags sind erste Schritte, um Leistungen der hausärztlichen Grundversorgung transparent darzustellen und besser zu vergüten. Ziel der KBV ist es, dass die Krankenkassen künftig alle hausärztlichen Grundleistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Vergütung zu festen Preisen bezahlen. Dies ist vor dem Hintergrund des zunehmenden Mangels an Hausärzten und der immer älter werdenden Bevölkerung dringend erforderlich.

### Was für 2014 geplant ist: Ein kurzer Überblick

#### Neue Vergütungssystematik für technikgestützte Leistungen

Hausärzte führen in der Regel nicht so viele technikgestützte Untersuchungen durch wie Fachärzte. Moderne Geräte lassen sich deshalb oft nur schwer amortisieren. Bisher war die Vergütung der Geräteleistungen von der Anzahl der durchgeführten Untersuchungen abhängig. Die KBV möchte dies ändern und schlägt eine neue Vergütungssystematik für technische Leistungen (EBM-Abschnitt 3.2.3) vor. Ab einer bestimmten Anzahl an Untersuchungen im Quartal soll der Arzt für jeden Patienten einen Technikzuschlag erhalten und zwar unabhängig davon, ob er weitere Untersuchungen durchführt. Hierüber verhandelt die KBV gerade mit den Krankenkassen.

#### Vergütung für Hausbesuche nichtärztlicher Mitarbeiter bei Patienten

KBV und GKV-Spitzenverband haben sich darauf verständigt, bis zum 1. Juli 2014 zu prüfen, ob die Hausbesuche von qualifizierten nichtärztlichen Mitarbeitern auch in nicht unterversorgten Gebieten vergütet werden können.

#### Neukalkulation der Leistungen

Bis zum 30. Juni 2014 sollen die Bewertungen aller Leistungen des hausärztlichen Versorgungsbereichs überprüft und neu kalkuliert werden. Dabei wird unter anderem geschaut, ob die für die Bewertung der Leistungen her-

Höherer Zuschlag bei mehr Kontakten

Keine „Vorhaltepauschale“: kein Chronikerzuschlag

Ziel: Alle hausärztlichen Grundleistungen außerhalb der Gesamtvergütung bezahlen

KBV schlägt Pauschale für technikgestützte Untersuchungen vor

Weitere Vergütung von Hausbesuchen durch Mitarbeiter

Alle Leistungen neu kalkulieren und gegebenenfalls anpassen



angezogenen Praxiskosten noch stimmen oder auf die speziellen Belange der Hausärzte angepasst werden müssen. Die Überprüfung erfolgt durch das Institut des Bewertungsausschusses und umfasst auch die fachärztlichen Leistungen.

### **Mehr Informationen**

Auf den Internetseiten der KBV finden Sie weitere Informationen zur Weiterentwicklung des EBM: [www.kbv.de](http://www.kbv.de) (Startseite / Themen A-Z / Honorar).

Informationen  
im Internet