



KBV

Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

EBM Reform 2008 Schulung

Dr. Heinrich Weichmann, Dezernat 3 Gebührenordnung und Vergütung

Was sind Grundpauschalen, was sind
Versichertenpauschalen?

Festlegung durch den Gesetzgeber: Gemäß § 87 Abs. 2b SGB V sind die im hausärztlichen Versorgungsbereiche erbrachten Leistungen als Versichertenpauschalen abzubilden, gemäß § 87 Abs. 2c SGB V sind die Leistungen der fachärztlichen Versorgung arztgruppenspezifisch als Grund- und Zusatzpauschalen abzubilden. Einzelleistungen sollen in beiden Versorgungsbereichen nur noch soweit vorgesehen werden als dies medizinisch oder auf Grund der besonderen Leistungserbringung erforderlich ist.

Wie ist die Abrechnung der
Versichertenpauschale bei
Überweisungsfällen geregelt (Überweisungen
von Hausarzt zu Hausarzt, von Hausarzt zu
Facharzt und von Facharzt zu Facharzt)?

Überweisung von Hausarzt zu Hausarzt:

Der zweite Hausarzt berechnet die um 50% verminderte Versichertenpauschale nach Nr. 03120 bis 03122.

Bei Überweisung von Facharzt zu Facharzt berechnet der weiter in Anspruch genommene Facharzt die volle Grundpauschale (bei Überweisungen zur Konsiliaruntersuchung, zur Mit- oder Weiterbehandlung)

Welche Einzelleistungen fließen jetzt in die Pauschalen ein, die vorher als Einzelleistungen abgerechnet werden konnten?

Fachärztliche Grundpauschalen:

Zusätzlich einbezogen wurden der Konsultationskomplex, längere Erörterungen von mehr als 10 Minuten Dauer, die Laborgrundgebühr Nr. 32000 und Arztbriefe nach den Nrn. 01600 und 01601.

Im Hausärztlichen Versorgungsbereich in die Versichertenpauschalen einbezogenen Leistungen:

Siehe Tabelle

Tabelle A

Aus Kapitel 2 des EBM 2008 mit den arztgruppenübergreifenden allgemeinen Leistungen sind für Hausärzte folgende Leistungen (die Leistungslegenden sind in Kurzform wiedergegeben) gegenüber dem EBM in der alten Fassung nicht mehr als Einzelpositionen berechnungsfähig:

- 01420 Überprüfung der verordneten häuslichen Krankenpflege,
- 01422 Erstverordnung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege,
- 01424 Folgeverordnung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege,
- 01440 Verweilen außerhalb der Praxis,
- 01510 bis 01512 Praxisklinische Betreuung schwer kranker Patienten,
- 01610 Bescheinigung zur Feststellung der Belastungsgrenze,
- 01612 Konsiliarbericht vor Psychotherapie,
- 02100 Infusionen,
- 02101 Infusionen von Zytostatika, usw.
- 02110 bis 02112 Transfusionen,
- 02120 Programmierung einer Medikamentenpumpe

- 02200 Tuberkulintestung,
- 02320 Magenverweilsonde,
- 02321 suprapubischer Harnblasenkatheter,
- 02322 Wechsel eines suprapubischen Harnblasenkatheters,
- 02323 Legen oder Wechseln eines transurethralen Dauerkatheters,
- 02330 Blutentnahme durch Arterienpunktion,
- 02331 Intraarterielle Injektion,
- 02340 bis 02343 Punktionen,
- 02350 Fixierender Verband,
- 02360 Behandlung mit Lokalanästhetika,
- 02400 13 C-Harnstoff-Atemtest,
- 02401 H₂-Atemtest,

außerdem:

- Aus Kapitel 32:
- 32000 Laborgrundgebühr aus Kapitel 32

Aus Kapitel 35:

- 35100 Psychosomatische Differentialdiagnostik
- 35110 Psychosomatische verbale Intervention
- Jetzt: Qualitätszuschlag Psychosomatik

Tabelle B

Aus dem Hausarztkapitel (Kapitel 3 EBM 2008) wurden folgende Leistungen in die Versichertenpauschalen (Nrn. 03110 bis 03112 und 03120 bis 03122) bzw. in den Morbiditätszuschlag Nr. 03212 integriert:

- 03000 Hausärztliche Grundvergütung,
- 03001 und 03002 Koordination der hausärztlichen Betreuung,
- 03005 Versorgungsbereichsspezifische Bereitschaft,
- 03110 bis 03112 Ordinationskomplex,
- 03115 Konsultationskomplex,
- 03120 Erörterung,
- 03210 Betreuung bei chronisch-internistischer Erkrankung,
- 03211 Betreuung bei chronischer oder entzündlicher Erkrankung des Bewegungsapparates,

- 03311 Ganzkörperstatus
- 03312 Neurologische Basisdiagnostik,
- 03313 Psychopathologischer Status,
- 03320 EKG,
- 03340 Allergologische Basisdiagnostik,
- 03350 Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung eines Kindes,
- 03351 Orientierende Untersuchung der Sprachentwicklung,
- 03352 Zuschlag zu den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen 01712 bis 01720

Welche Versicherten- bzw.
Chronikerpauschalen kann eine
hausärztliche diabetologisch tätige
Schwerpunktpraxis wann abrechnen?

Diabetologische Schwerpunktpraxis, hausärztlicher Versorgungsbereich: Versichertenpauschale Nr. 03110 bis 03112 und Morbiditätszuschlag Nr. 03212 bei primärer Inanspruchnahme.

Diabetologische Schwerpunktpraxis, hausärztlicher Versorgungsbereich, Inanspruchnahme auf Überweisung eines anderen Hausarztes (ausgenommen Kinderarzt): geminderte Versichertenpauschale Nr. 03120 bis 03122 und Morbiditätszuschlag Nr. 03212.

Fachinternistische diabetologische tätige Schwerpunktpraxis (ohne internistischen Schwerpunkt): Grundpauschale Nr. 13210 bis 13212, auch bei Überweisung von einem Hausarzt oder von einem anderen Internisten, kein Morbiditätszuschlag.

Gibt es Verschiebungen bei der Abrechnungsfähigkeit von Leistungen zwischen den Allgemeinmedizinerinnen und Fachärztinnen?

Leistungsverschiebungen: Wahrscheinlichkeit unter Hausärzten sehr gering, von Hausärzten zu Ärzten des fachärztlichen Versorgungsbereichs eher denkbar, unter Fachärzten eher gering.

Wie werden Bereitschaftsdienste (organisierter Notfalldienst) vergütet? Welche Pauschale(n) rechnet ein Arzt ab, wenn er im Notdienst auf einen im selben Quartal bereits bei ihm in Behandlung befindlichen Patienten trifft?

Notfalldienst: Inanspruchnahme eines Hausarztes im Notfalldienst und unabhängig davon in der Praxis:

Nr. 01210 und Versichertenpauschale Nr. 03110 bis 03112 (4.1 Allgemeine Bestimmungen, letzter Absatz).

Sind Hausarztbesuche Einzelleistungen oder Bestandteil von Pauschalen?

Hausbesuche sind berechnungsfähig Einzelleistungen im hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich.

Wie können Befundberichte abgerechnet werden, die z. B. unsere Krankengeldfallmanager bei AU-Fällen von Ärzten abfordern (Kein Vordruck nach der Vordruckvereinbarung, sondern § 275 SGB V)?

Bescheinigungen und Befundberichte auf Anforderung der Krankenkassen sind nach den Nrn. 01620 bis 01623 EBM 2008 abzurechnen.

Weitere schriftliche Informationen: § 36 Bundesmantelvertrag-Ärzte: Auskünfte auf Vordrucken. Wird kein vereinbarter Vordruck verwendet, gibt die Krankenkasse an, gemäß welcher Bestimmungen des Sozialgesetzbuches oder anderer Rechtsvorschriften die Übermittlung der Information zulässig ist. Vereinbarte Vordrucke, kurze Bescheinigungen und Auskünfte sind vom Vertragsarzt ohne besonderes Honorar gegen Erstattung von Auslagen auszustellen, es sei denn, dass eine andere Vergütungsregelung vereinbart wurde. Der Vordruck enthält einen Hinweis, ob die Abgabe der Information gesondert vergütet wird oder nicht.

Gutachten oder Bescheinigungen mit gutachtlichen Fragestellungen, für die keine Vordrucke vereinbart wurden, sind nach den Leistungspositionen des BMÄ zu vergüten.

Ist die Aussage des Arztes:“ Überweisung darf nur noch nach persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt ausgestellt werden“ korrekt?

Grundsätzlich: Überweisungen an andere Ärzte nur nach persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt, ggf. ausgenommen Überweisungen an Augenarzt und an Gynäkologen. § 24 Bundesmantelvertrag-Ärzte beachten.

Finden sich alle im EBM 2000plus enthaltenen Leistungen im EBM 2008 wieder?

EBM 2008:

Derselbe Leistungsinhalt wie EBM 200oplus, in Pauschalen
aufgegangene Leistungen finden sich in Anhang 1 zum EBM 2008.

Gibt es für Versicherten möglicherweise
Auswirkungen bei der ärztlichen Versorgung?

Mutmaßung:

Die mit den Versicherten- und Grundpauschalen quartalsbezogen pauschal vergüteten Leistungen werden seltener erbracht. Diese vermutete Auswirkung gilt es zu prüfen, sie ist eher unwahrscheinlich.

A close-up photograph of two hands shaking in a firm grip. The hands are wearing dark blue suit jackets and white shirts. The background is a blurred green, suggesting an outdoor setting. A pink and white gradient banner is overlaid across the center of the image, containing the text.

Vielen Dank für Ihre Zeit