

An alle Vertragsärzte

Der Vorstand
Ansprechpartner: Service-Center
Tel.: (030) 3 10 03 - 999
Fax: (030) 3 10 03 – 900
service-center@kvberlin.de

20.12.2007

Neue und veränderte Abrechnungsregelungen aufgrund der Einführung des EBM 2008

Sehr geehrte Damen und Herren,

am 1. Januar 2008 tritt wie geplant der neue Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) in Kraft. Mit der Einführung des EBM 2008 ergeben sich einige neue Abrechnungsregelungen sowie Änderungen bereits bestehender Regelungen, die wir für Sie in der beiliegenden Information zusammengefasst haben.

Für Rückfragen steht Ihnen unser Service-Center unter der Telefonnummer 31003 - 999 gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen und kollegialen Grüßen



Dr. Angelika Prehn



Dr. Uwe Kraffel



Burkard Bratzke

Anlage

Neue und veränderte Abrechnungsregelungen ab 1. Januar aufgrund der Einführung des EBM 2008

Der neue EBM 2008 tritt wie geplant am 1. Januar 2008 in Kraft. Damit ergeben sich einige neue Abrechnungsregelungen sowie Änderungen bereits bestehender Regelungen, die wir im Folgenden für Sie zusammengefasst haben:

1. Vertreterfall

Mit Beginn des Quartals 1/2008 muss der vertretende Arzt im Vertretungsfall immer auf einem Vertreterschein (MUSTER 19A) abrechnen. Jeder Vertreterschein als kurativ-ambulanter Fall löst die Zahlung der 10 EUR Praxisgebühr aus. Wenn der Patient bereits bei seinem Arzt – dem vertretenen Arzt – die 10 Euro bezahlt hat und dies durch die Vorlage einer Quittung belegen kann, so dokumentiert der Vertreter die bereits geleistete Zuzahlung durch Abrechnung der SNR 80033.

Der vertretende Arzt rechnet immer auf Muster 19A ab

2. Praxisgebühr bei Veränderung der Altersklasse eines Patienten im laufenden Quartal

Maßgeblich für die Zuordnung zur Altersklasse (einer Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale) ist das Alter des Patienten bei der ersten Inanspruchnahme bzw. am Tag der ersten Leistungsabrechnung im Kalendervierteljahr. Diese Altersklasse gilt entsprechend für das gesamte Quartal. Damit entsteht auch keine Verpflichtung zur Zahlung der 10 Euro Praxisgebühr, wenn der Patient zwischen dem ersten und dem zweiten Arzt-Patienten-Kontakt das 18. Lebensjahr vollendet hat (vgl. 4.3.5 von I Allgemeine Bestimmungen des EBM 2008).

Maßgeblich ist das Alter bei der ersten Inanspruchnahme im Quartal

3. Sonderkennzeichen „H“ für die hälftige Versicherten- bzw. Grundpauschale

Wer als Vertragsarzt im Rahmen einer Überweisung ausschließlich zur Erbringung von Leistungen beauftragt wird, die im „Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen“ (Anhang 1) des EBM aufgeführt sind, rechnet im Behandlungsfall einmal die entsprechende Grund- bzw. Versichertenpauschale mit 50 Prozent der Punktzahl ab (gemäß 2.1.6 von I. Allgemeine Bestimmungen des EBM 2008). In diesen Fällen – wenn also der Indikations- oder Definitionsauftrag eine Leistung umfasst, die Bestandteil des Leistungsinhalts der Grund- bzw. Versichertenpauschale ist – kennzeichnet der Arzt die entsprechende Gebührenordnungsposition mit einem „H“ für hälftig.

Bei Auftragsüberweisung halbe Grund- bzw. Versichertenpauschale und Kennzeichnung mit „H“

Beispiel:

Ein Hausarzt erhält einen Auftragschein zur Erbringung eines EKG bei einem 41-jährigen Patienten.

Abrechnung:

Da das EKG Bestandteil der Versichertenpauschale ist (vgl. Anhang 1), wird allein die 03111H abgerechnet.

Bei einer kurativ-ambulant und einer belegärztlichen Behandlung im selben Quartal können die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale je einmal abgerechnet werden (vgl. Abschnitt 4.1 von I. Allgemeine Bestimmungen des EBM 2008). Dabei wird die zweite zur Abrechnung gelangende Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale allerdings lediglich mit 50 Prozent der Punktzahl bewertet, sodass die entsprechende Gebührenordnungsposition mit einem „H“ gekennzeichnet werden muss.

Beispiel:

Ein HNO-Arzt behandelt im selben Quartal denselben 41-jährigen Patienten zuerst kurativ-ambulant in seiner Praxis, um ihn daraufhin belegärztlich in einer Belegklinik zu operieren.

Abrechnung:

Zuerst wird die 09211, ggf. zuzüglich weiterer Einzelleistungen, abgerechnet. Für die belegärztliche Operation rechnet der HNO-Arzt die zweite, diesmal jedoch hälftige Grundpauschale nach der Gebührenordnungsposition 09211H zzgl. zu den Operationsleistungen aus dem Kapitel 36 ab.

4. Sonderkennzeichen „F“ und „G“: Nur für die Versichertenpauschale von Kinderärzten mit Schwerpunkt bzw. Zusatzweiterbildung

Wird ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung im Behandlungsfall fachärztlich tätig, so erhält er auf die abgerechnete Versichertenpauschale einen Aufschlag in Höhe von 40 Prozent der jeweiligen Punktzahl. Hierzu muss er die Versichertenpauschale mit einem „F“ für fachärztlich kennzeichnen (vgl. Punkt 4 von 4.1 der Präambel).

Erhält ein Kinderarzt mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung eine Überweisung durch einen anderen Kinderarzt, so kann er lediglich die geminderte Versichertenpauschale nach den Gebührenordnungspositionen 04120F bis 04122F zzgl. weiterer erbrachter Einzelleistungen abrechnen. Mit dem Buchstaben „F“ kennzeichnet der Arzt, dass er fachärztlich tätig war, sodass die geminderte Punktzahl der Versichertenpauschale einen 40-prozentigen Aufschlag erhält.

Werden bei Überweisung innerhalb der Gruppe der Kinderärzte durch den Überweisungsnehmer Leistungen aus den Schwerpunktabschnitten (4.4) oder den Abschnitten der Zusatzweiterbildung (4.5) erbracht, so rechnet der Überweisungsnehmer statt der 04120F bis 04122F die volle Versichertenpauschale (inkl. 40 Prozent Zuschlag) nach den Gebührenordnungspositionen 04110F bis 04112F ab.

Kurativ-ambulante und belegärztliche Tätigkeit

Ist der Kinderarzt mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung in demselben Fall sowohl kurativ-ambulant als auch belegärztlich im fachärztlichen Bereich tätig, so kann er je einmal die um 40 Prozent der Punkte erhöhte Versichertenpauschale abrechnen. Die zweite zur Abrechnung gelangende Versichertenpauschale wird allerdings nur mit 50 Prozent der Punktzahl bewertet. Um zu gewährleisten, dass die Versichertenpauschale aufgrund der fachärztlichen Tätigkeit einen 40-prozentigen Aufschlag erhält und gleichzeitig diese erhöhte Punktzahlbewertung nur hälftig zur Abrechnung gelangt, kennzeichnet der Kinderarzt mit einem „G“.

Bei kurativ-ambulanter und belegärztlicher Tätigkeit in demselben Fall: Abrechnung der Pauschale je einmal

Kennzeichnung mit „F“ und Aufschlag von 40 Prozent der Punktzahl

Bei Überweisung durch anderen Kinderarzt: Geminderte Versichertenpauschale, aber 40-prozentiger Aufschlag

Volle Versichertenpauschale bei Erbringung von Leistungen der Abschnitte 4.4 und 4.5.

Bei kurativ-ambulanter und belegärztlicher Tätigkeit in demselben Fall: je einmal die um 40 Prozent erhöhte Pauschale, bei der zweiten abgerechneten Pauschale nur 50 Prozent der Punktzahl, Kennzeichnung mit „G“

Beispiel:

Ein Kinderarzt mit pädiatrisch-gastroenterologischer Zusatzweiterbildung erbringt bei einem 10-jährigen Kind kurativ-ambulante Leistungen und darüber hinaus im selben Quartal für dieses Kind belegärztliche Leistungen am Krankenhaus.

Abrechnung: Der Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung rechnet zuerst die 04111F ggf. zzgl. weiterer Einzelleistungen ab. Neben den belegärztlichen Leistungen rechnet er zusätzlich eine Versichertenpauschale mit 50 Prozent Punktzahlabschlag nach der Gebührenordnungsposition 04111G ab.

Entsprechendes gilt auch, wenn der Kinderarzt mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung fachärztlich im Rahmen einer Auftragsüberweisung ausschließlich Leistungen aus dem Anhang 1 („Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen“) erbringt. In diesen Fällen wird allein die hälftige, um 40 Prozent der Punktzahl angehobene Versichertenpauschale nach den Gebührenordnungspositionen 04110G bis 04112G abgerechnet (vgl. 2.1.6 von I. Allgemeine Bestimmungen des EBM2008).

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an unser Service-Center: 31003-999

**Ansprechpartner bei
Rückfragen:
Service-Center der KV
Tel. 31003-999**