

September 2013

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

ab 1. Oktober 2013 gilt der neue Hausarzt-EBM, der ein paar Änderungen vorsieht, um das hausärztliche Spektrum besser darstellen zu können und typisch hausärztliche Leistungen angemessener bewerten zu können. Die EBM-Änderungen ab Oktober betreffen in erster Linie die Grundleistungen: Das heißt, die Versichertenpauschalen werden „entpauschaliert“. Das ärztliche Gespräch ist wieder, wie eingangs erwähnt, separat abrechnungsfähig. Und das wiederum heißt: Die haus- bzw. kinderärztliche Tätigkeit wird in der Abrechnung endlich wieder besser dokumentiert.

Darüber hinaus ist es gelungen, Leistungen, die schon immer ohnehin zu unserem haus- und kinderärztlichen Spektrum gehört haben, in den EBM mit zusätzlichem Geld aufzunehmen. Dazu gehören Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung, Leistungen der palliativmedizinischen Versorgung bei Haus- und Kinderärzten sowie die sozialpädiatrische Versorgung. Nun bekommen diese Leistungen aber einen eigenen Platz im EBM, und die Kassen stellen dafür zusätzliches Geld bereit. Die Honorarverteilung ist getrennt. Die Gesamtvergütung ist nach wie vor „gedeckelt“. Das heißt: die haus- und kinderärztlichen Grundleistungen, um die es hier geht, bleiben im RLV / QZV. Es bleibt also bei der arztindividuellen Mengensteuerung.

Und es bleibt auch so, dass die Gesamtvergütung begrenzt ist. Deshalb ist es gut, dass die Bundesebene dafür gesorgt hat, dass das Vergütungsvolumen von Haus- und Fachärzten weiterhin strikt getrennt bleibt.

Eine Kurzübersicht zu den Änderungen im neuen Hausarzt-EBM haben wir Ihnen beigelegt. Alles andere, das Sie tagtäglich in Ihrer Praxis an Leistungen erbringen, bleibt davon unberührt und kann weiter wie bisher abgerechnet werden!

Die KBV hat in den vergangenen Wochen mit einer Praxisinformation und einer Broschüre, die auch dem Deutschen Ärzteblatt beilag, die wichtigsten Neuerungen vorgestellt. Die KV Berlin hat diese Informationen im Internet ebenfalls verlinkt und regelmäßig im KV-Blatt kommuniziert. Seit Kurzem ist nun der neue, ab 1. Oktober 2013 gültige EBM bei der KBV online als pdf-Datei verfügbar. Sie finden ihn unter www.kbv.de > „Aktuell“ > „Weiterentwicklung des EBM“.

Von besonderer Wichtigkeit, insbesondere hinsichtlich der Plausibilität, sind im neuen EBM die Abrechnungsbestimmungen für die Nebeneinanderberechnung der Leistung nach der GOP 03000 (Versichertenpauschale) neben der Leistung nach der GOP 03230 (hausärztliches Gespräch): In der Versichertenpauschale nach der GOP 03000 ist als fakultativer Leistungsinhalt neben der Betreuung und Behandlung des Patienten auch ein Gespräch von bis zu zehn Minuten enthalten. Daraus ergibt sich zwangsläufig, dass in der selben Sitzung neben der GOP 03000 die GOP 03230 für das Gespräch zusätzlich nur dann abgerechnet werden kann, wenn die zehn Minuten Arzt-Patienten-Kontaktzeit, die der Versichertenpauschale zuzuordnen ist, bereits erbracht wurde und der Arzt-Patienten-Kontakt in dieser Sitzung mindestens 20 Minuten gedauert hat. Die Anmerkungen zu den Abrechnungsbestimmungen bei der GOP 03230 im EBM hinsichtlich der Nebeneinanderberechnung mit der Versichertenpauschale beziehen sich auf die jeweilige Sitzung und nicht auf den Behandlungstag oder das Kalendervierteljahr.

Für die Durchführung regelhafter Plausibilitätsprüfungen wird gemäß der Richtlinie nach § 106 a SGB V die Gesprächsleistung nach der GOP 03230 im Tages- und Quartalsprofil mit zehn Minuten angesetzt. Zu anlassbezogenen Plausibilitätsprüfungen der Kassenärztlichen

Vereinigungen ist für die sitzungsbezogene Kombination bei einem Patienten (Nebeneinanderabrechnung von GOP 03000 und 03230) eine Gesamtzeit von 20 Minuten anzusetzen.

Es ist uns wichtig, darauf hinzuweisen, dass der EBM zu unterscheiden ist vom HVM, dem Honorarverteilungsmaßstab. Der Honorarverteilungsmaßstab regelt die Verteilung der von den Kassen nur begrenzt gezahlten Gesamtvergütung zwischen Fachärzten und Hausärzten, und innerhalb des Versorgungsbereichs nochmals zwischen Fachgruppen; also im hausärztlichen Versorgungsbereich zwischen den haus- und kinderärztlichen Fachgruppen.

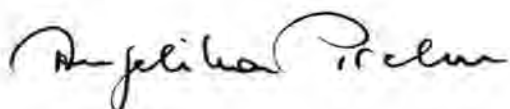
Der EBM umfasst diejenigen Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung, die von der Vertragsärzteschaft ambulant erbracht werden können. Und diese Leistungen, die im EBM geregelt werden, unterliegen der Honorarverteilung.

Neu zum 1. Oktober ist die Leistungsbewertung im EBM: Hier gibt es eine Erhöhung des bundeseinheitlichen Orientierungspunktwerts auf dann 10 Cent. Leider musste diese Kostenerhöhung für die Kassen aber kostenneutral passieren. Diese Erhöhung erfüllt vor allem eine wichtige politische Forderung der Ärzteschaft: Der Punktwert zur Bewertung der EBM-Leistungen ist endlich an den Kalkulationspunktwert angeglichen worden. Daraus folgt, dass die Punktzahlbewertung für alle Leistungen im EBM zur Höhe des neuen bundeseinheitlichen Orientierungswertes von 10 Cent entsprechend reduziert wird. Wenn Sie sich die Punktbewertungen im neuen EBM anschauen und vielleicht mit den Bewertungen in Ihrem alten EBM vergleichen, erschrecken Sie nicht. Alle Leistungen – und das betrifft nicht nur die Hausärzte, sondern auch alle fachärztlichen Fachgruppen, – wurden in ihrer Punktzahlbewertung abgewertet, eben weil sie jetzt per Orientierungspunktwert von 3,5363 Cent auf 10 Cent in EURO angehoben wurden.

Wir möchten Sie über dieses Schreiben hinaus über die zentralen Änderungen beim Hausarzt-EBM informieren, wenn Sie noch Klärungsbedarf haben:

Nach zwei Großveranstaltungen in der TU Berlin Ende Juli und Anfang September finden weitere Informationsveranstaltungen der KV Berlin zum Hausarzt-EBM statt. Sie können sich dafür noch anmelden, der Vortrag wird von der Hauptabteilung Abrechnung/Honorar präsentiert. Den Flyer mit Anmelde-möglichkeit finden Sie ebenfalls anbei – am 1.10.2013 sind noch Plätze frei. Sie werden im Anschluss an den Vortrag Gelegenheit haben, Ihre Fragen zu stellen.

In der Hoffnung, Ihnen mit diesen Ausführungen eine kleine Orientierungshilfe zum neuen Hausarzt-EBM gegeben zu haben, verbleiben wir mit freundlichen Grüßen



Dr. Angelika Prehn
Vorstandsvorsitzende
Kassenärztliche Vereinigung Berlin



Stephan Bernhardt
Vorsitzender
Beratender Fachausschuss
für die hausärztliche Versorgung

P.S. In Unterhaltungen, die wir zum Hausarzt-EBM mit den Mitgliedern geführt haben, kam die Frage auf, wie es sich ab Oktober mit dem RLV verhält – hier gibt es gute Nachrichten: Trotz mehr Fällen steigt das RLV zum 4. Quartal 2013 im Vergleich zum 4. Quartal 2012 an (von 37,16 auf 38,83).



Neues Hausartzkapitel im EBM – Kurzversion

GOP	Legende	Euro	Bemerkungen	Achtung!
03000 04000	Versichertenpauschale bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	23,60	Muss vom Arzt angesetzt werden! Die Altersdifferenzierung wird vom PSV ggf. umgesetzt	
	ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	15,00		
	ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	12,20		
	ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	15,70		
	ab Beginn des 76. Lebensjahres	21,00		
03010 04010	Versichertenpauschale bei Überweisung und im Vertretungsfall bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	11,80	Muss vom Arzt angesetzt werden! Die Altersdifferenzierung wird vom PSV ggf. umgesetzt	
	ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	7,50		
	ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	6,10		
	ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	7,90		
	ab Beginn des 76. Lebensjahres	10,50		
03030 04030	Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme	7,70	Muss vom Arzt angesetzt werden! Kommt selten zur Anwendung. Höchstens zweimal im Quartal. Nicht neben anderer Versichertenpau- schale im Quartal	
03040 04040	Pauschale für die Vorhaltung hausärztlicher Strukturen	14,00	Wird von der KV automatisch zugesetzt, ein- mal pro Quartal, pro Behandlungsfall	Bei einmaliger Abrechnung der GOP 03030/04030 oder auf Überweisung zur spezialisierten, diabetologischen Behand- lung oder Behandlung eines HIV-/AIDS- Patienten (30.10 EBM) 50 % Abschlag
	bei 50 % Abschlag	7,00	Nur in Fällen ausschließlich hausärztlicher Versorgung Bei weniger als 400 Fällen = Abschlag 10 % Bei mehr als 1.200 Fällen = Aufschlag 10 %	
03220 04220	Chronikerzuschlag bei einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt	13,00	Muss vom Arzt angesetzt werden! Gesicherte ICD-Kodierung notwendig (ICD- 10-Browser der KBV: www.kbv.de > Themen>Kodieren)	Bei Überweisung zur spezialisierten diabetologischen Behandlung oder Behand- lung eines HIV-/AIDS-Patienten (30.10 EBM) auch neben GOP 03010/04010 berech- nungsfähig
03221 04221	Chronikerzuschlag bei mindestens zwei persönlichen Arzt- Patienten-Kontakten	15,00	Muss vom Arzt angesetzt werden! Gesicherte ICD-Kodierung notwendig (ICD- 10-Browser der KBV: www.kbv.de > Themen>Kodieren)	Bei Überweisung zur spezialisierten diabetologischen Behandlung oder Behand- lung eines HIV-/AIDS-Patienten (30.10 EBM) auch neben GOP 03010/04010 berech- nungsfähig
03230 04230	Ärztliches Gespräch	9,00	Muss vom Arzt angesetzt werden! Je vollendete 10 Minuten. Neben Versichertenpauschale mind. 20 Minuten APK. Neben sonstigen GOP 10 Min längerer APK	Verlängerte Arzt-Patienten-Kontaktzeiten beachten! Mengenbegrenzung: 4,50 Euro x Behand- lungsfälle
03360	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	12,20	Muss vom Arzt angesetzt werden! Ab vollendetem 70. Lebensjahr oder bei Demenz, Alzheimer, Parkinson ohne Alters- einschränkung (ICD-Kode). Jeweils gesi- cherte ICD-Kodierung notwendig	Bei geriatrischem Versorgungsbedarf (ICD- Kodierung R54G angeben) F00.-G bis F02.-G, G30.-G, G20.1-G und G20.2-G
03362	Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex	15,90	Muss vom Arzt angesetzt werden! Gesicherte ICD-Kodierung notwendig	Voraussetzung ist Vorliegen des hausärzt- lich-geriatrischen Basisassessment, nicht länger als 4 Quartale zurückliegend
04355	Sozialpädiatrische Versorgung	14,50	Muss vom Arzt angesetzt werden! Nur bei vorgegebenen Erkrankungen (ICD- Kodierung) berechnungsfähig. Neben son- stigen GOP 15 Minuten längerer APK	
03370 04370	Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan	34,10	Muss vom Arzt angesetzt werden! Einmal im Krankheitsfall	
03371 04371	Zuschlag zur Versichertenpauschale für die palliativmedizinische Betreuung in der Arztpraxis	15,90	Muss vom Arzt angesetzt werden! Mindestens 15 Minuten APK	
03372 04372	Zuschlag zu den GOP 01410 oder 01413 (Besuche) für palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit	12,40	Muss vom Arzt angesetzt werden! Je vollendete 15 Minuten	
03373 04373	Zuschlag zu den GOP 01411, 01412, 01415 (dringende Besu- che) für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslich- keit	12,40	Muss vom Arzt angesetzt werden! Je Besuch	Nicht im Notfalldienst

Hinweis: Alle weiteren EBM-Positionen wurden nicht verändert und sind daher weiter wie bisher abrechenbar!

Ihr Ansprechpartner bei Fragen:
Service-Center der KV Berlin
030 31 003-999
service-center@kvberlin.de

Stand: September 2013

Anpassung durch die KV Berlin, Vorlage mit freundlicher Genehmigung der Kassenzentralen Vereinigung Baden-Württemberg



Hausarzt-EBM 2013/2014: Welche Neuerungen gibt es?

Ende Juni 2013 haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) auf Änderungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) geeinigt. Der neue Hausarzt-EBM soll in zwei Schritten zum 1. Oktober 2013 und zum 1. Juli 2014 umgesetzt werden. Wie sich die Neuregelungen in der Praxis auswirken, dazu möchte die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin die Berliner Hausärztinnen und Hausärzte im Haus der KV bei mehreren Alternativterminen informieren.

Dieses Angebot richtet sich an diejenigen, die *nicht* bereits persönlich oder durch Vertreter ihrer Praxis an einer der Veranstaltungen mit KBV-Vorstand Dipl.-Med. Regina Feldmann in der TU Berlin zu diesem Thema am 31.7. oder am 4.9.2013 teilgenommen haben. Bitte beachten Sie, dass es sich bei den unten stehenden Terminen um Wahlmöglichkeiten und nicht um eine Veranstaltungsreihe handelt: Die Inhalte sind pro Termin identisch. Die Veranstaltung dient der grundlegenden Information und ist nicht als Seminar mit praktischen Übungen geplant. Es gibt keine Fortbildungspunkte für die Teilnahme.

Vortrag: Referent/in aus der Hauptabteilungsleitung Abrechnung / Honorar KV Berlin

Wann: Montag, 30. September 2013, 17.00 Uhr Dienstag, 1. Oktober 2013, 17.00 Uhr

Montag, 30. September 2013, 19.00 Uhr Dienstag, 1. Oktober 2013, 19.00 Uhr

ausgebucht

Wo: Großer Tagungsraum im Haus der KV Berlin, Masurenallee 6 A, 14057 Berlin

Aus organisatorischen Gründen ist eine Anmeldung zwingend notwendig.
Die Plätze sind begrenzt. Bitte maximal zwei angemeldete Personen pro Praxis.

Bitte schicken Sie Ihre Anmeldung per Fax an 030 / 31003-210
oder Ihre Angaben formlos per E-Mail an kvbe@kvberlin.de.

Für organisatorische Rückfragen: Tel. 030 / 31003-379

Absender:

Name, Vorname, Praxisinhaber:

Anzahl Teilnehmer/Praxis:

Telefon / E-Mail:

Praxisstempel:



Eine Anmeldebestätigung wird nicht versandt.

