

## Hausarzt-EBM 2008 auf einen Blick

**Hausärztlicher Bereich:** Hier wird weitestgehend auf altersgewichtete Versichertenpauschalen (fachgruppenspezifische Leistungen inklusive Koordinations- und Dokumentationsleistungen) und Qualitätszuschläge umgestellt. Lediglich als besonders förderungswürdig eingestufte Leistungen werden noch einzeln vergütet. Mit wenigen Ausnahmen wird die Grundpauschale einmal im Behandlungsfall gezahlt.

**Versichertenpauschale:** Damit sollen wesentliche hausärztliche Betreuungs- und Versorgungsleistungen in Diagnostik und Therapie unter Einschluss der Kenntnis des häuslich/familiären Umfeldes abgegolten werden; einschließlich

- fortlaufende Anamnese,
- Ganzkörperstatus,
- klinisch-neurologische Basisdiagnostik,
- differentialdiagnostische und therapeutische Akutversorgung,
- orientierende Erhebung des psychopathol.Status sowie Ruhe-EKG (12 Ableitungen),
- Gesprächs- und Beratungsleistungen auch mit Angehörigen und Bezugspersonen,
- Planung u.ggf. Prüfung bzw. Kontrolle der Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversg.sowie
- Koordinationsmaßnahmen mit ggf. einbezogenen komplementären Heilberufen.

**Struktur der hausärztlichen Leistungen:** Statt der bislang

- vier Strukturpauschalen,
- zwei Behandlungspauschalen und
- 18 Einzelleistungen

gibt es am 1. Januar 2008

- drei alters-/versorgungsabhängige Versichertenpauschalen,
- ein Zuschlag für Multimorbidität/chronische Erkrankungen,
- 13 Vorhaltungs- und Qualifikationszuschläge sowie
- eine Kombination aus Einzelleistungen und halber durchschnittlicher Versichertenpauschale für unvorhergesehene Inanspruchnahme und Notfalldienst.

**Altersunterscheidung:** Hier gibt es fortan drei Gruppen, und zwar:

- Nr. 03110 für Versicherte bis zum vollendeten fünften Lebensjahr – 1.000 Punkte,
- Nr. 03111 für Versicherte ab Beginn des sechsten bis zum vollendeten 59. Lebensjahr - 900 Punkte und
- Nr. 03112 für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres – 1.035 Punkte.

**Weitere Zuschläge:** Im EBM 2008 sind ferner berücksichtigt:

- Zuschlag für Qualifikation Psychosomatik (Nr. 03235 mit 20 Punkten je Behandlungsfall),
- Mit Wirkung zum 1. Juli 2008 soll der Bewertungsausschuss über weitere Qualitätszuschläge bei der Vorhaltung der technischen und/oder räumlichen Voraussetzungen etwa zur Durchführung von Sonographien, Prokto- und rektoskopischer Diagnostik und Aufzeichnung von Langzeit-EKGs beschließen. Zu erwarten ist dann auch ein Zuschlag beim Nachweis der Qualifikation für Chirotherapie.
- Zuschläge für präventive Leistungen,
- Zuschläge für Schutzimpfungen,
- Zuschläge für Labor,
- Zuschläge für genehmigungspflichtige qualifikationsgebundene Einzelleistungen,
- Zuschläge für Palliativversorgung und
- Zuschläge für Auftragsleistungen.

# Alles, was Sie jetzt wissen müssen!

**Die neuen Vergütungsbedingungen sind schon im ersten Quartal 2008 umsatzrelevant**

**KBV-Chef Dr. Andreas Köhler** geht davon aus, dass die Vertragsärzte im **Jahr 2008 ein Tal der Tränen** durchschreiten. Erst 2009 soll der Durchbruch kommen. Von einem Honorarzuwachs für die Vertragsärzte von 2,4 Milliarden Euro ist die Rede. Die Hausärzte sind zunächst einmal daran interessiert, das Jahr 2008 mit einem angemessenen Praxisertrag zu überstehen und einen Einbruch durch die neuen EBM-Regelungen zu vermeiden. Folgende Aspekte sind zu berücksichtigen:

**Die Versichertenpauschalen** sind künftig die wichtigsten Umsatzträger des Hausarztes (EBM-Nrn. 03110 bis 03112). Sie sind berechnungsfähig, sofern es einen persönlichen Arzt-Patientenkontakt im Quartal gab. Anhand der Frequenzstatistik seiner KV kann der Vertragsarzt leicht die Fallzahl erkennen und mit einer groben Abschätzung der Altersstruktur seiner Patienten den voraussichtlichen Umsatz aus diesen Positionen errechnen. Umsatzmindernd wirkt sich die hausärztliche Tätigkeit in Überweisungs- und Vertretungsfällen aus. Dafür gibt es bei den Versichertenpauschalen nur die halbe Punktzahl.

**Wichtig:** Gemeinschaftspraxen erhalten im Gegensatz zur bisherigen Ordinationsgebühr keinen Zuschlag bei Versichertenpauschalen. Fachübergreifende Gemeinschaftspraxen und Medizinische Versorgungszentren haben künftig die Möglichkeit, die Pauschalen mehrerer Fachgruppen abzurechnen, sofern mehrere Vertragsärzte der Berufsausübungsgemeinschaft tätig geworden sind.

**Aus der Frequenzstatistik** der KV kann der Hausarzt auch erkennen, welcher Umsatz sich aus den Leistungspositionen generiert, die im EBM-Abschnitt 3.2.3 als „besonders förderungswürdige Einzelleistungen und Leistungskomplexe“ verzeichnet sind. Angesichts der demografischen Entwicklung hat EBM-Nr. 03240, das hausärztlich-geriatrische Basisassessment, großes Potenzial. Eingehende Patientengespräche (bisherige EBM-Nr. 03120) werden künftig nicht gesondert vergütet. Beim Abgleich des Katalogs der Leistungen, die mit den Versichertenpauschalen abgegolten sind, mit den in der Frequenzstatistik ausgewiesenen Leistungsansätzen kann der Arzt erkennen, in welchem Umfang er künftig mit Umsatzverlust rechnen muss.

**Für die Behandlung** eines Versicherten mit einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gibt es einen Zuschlag von 495 Punkten je Behandlungsfall und Quartal (EBM-Nr. 03212 zu den Versichertenpauschalen nach den EBM-Nrn. 03110 bis 03112). Auch hier kann der Hausarzt abschätzen, welcher Anteil seiner Klientel die Abrechnungsbedingungen erfüllt.

## **Sonstiges:**

### **Weniger Leistungspositionen für onkologisch tätige Hausärzte**

Onkologisch tätige Hausärzte können nach dem ab 1. Januar 2008 gültigen EBM 2008 Beobachtungs- und Betreuungsleistungen nicht mehr gesondert abrechnen.

Diese sind mit den Versichertenpauschalen nach den EBM-Nummern 03110 bis 03112 und 04110 bis 04112 oder den Versichertenpauschalen bei Überweisung oder Vertretung abgegolten. Da onkologisch tätige Hausärzte diese Leistungen in größerem Umfang berechnen als andere Hausärzte und dieser Leistungsbedarf nicht in den Versichertenpauschalen abgedeckt wird, dürfte der Wegfall der Abrechnungsmöglichkeit der EBM-Nummer 01510 und folgende existenziell sein.

**Im organisierten Notfalldienst** (Bereitschaftsdienst) kann der Hausarzt eine ganze Reihe der arztgruppenübergreifenden Leistungen neben der Notfallpauschale nach EBM-Nummer 01210 gesondert abrechnen. Dazu gehören fixierende Verbände nach EBM-Nummer 02350, Neuraltherapie nach EBM-Nummer 02360, Punktionen nach EBM-Nummer 02340 oder auch das Legen einer Magensonde oder den Katheterwechsel nach EBM-Nummer 02323. Eine Infusion nach EBM-Nummer 02100 kann der Arzt im Notfalldienst neben EBM-Nummer 01210 abrechnen, nicht aber neben einer Versichertenpauschale aus dem Hausartzkapitel. Ab dem 1. Januar 2008 können Hausärzte eine ganze Reihe der arztgruppenübergreifenden Leistungen nicht mehr gesondert abrechnen. Diese Leistungen sind allesamt in den neuen Versichertenpauschalen nach den EBM-Nummern 03110 bis 03112 und 03120 bis 03122 enthalten.

**Telefonkosten** sind grundsätzlich allgemeine Praxiskosten und nach den Allgemeinen Bestimmungen Nummer 7 des EBM mit den berechnungsfähigen Leistungen abgegolten. Somit kann der Arzt Telefonkosten nicht zusätzlich berechnen. Es gibt eine Ausnahme: Telefoniert der behandelnde Arzt mit dem Krankenhaus über die stationäre Aufnahme eines Patienten, kann er je Gesprächs- beziehungsweise Gebühreneinheit sechs Cent über die Symbolnummer 80230 abrechnen. Beachten sollte der Vertragsarzt regionale Abweichungen, da die einzelnen KVen teils unterschiedliche Symbolnummern verwenden. Dauert das Gespräch beispielsweise drei Einheiten, wird die Symbolnummer mit Angabe eines Multiplikators abgerechnet, also Ziffer 80230 mal drei.

## EBM Tipps und Tricks

### Versichertenpauschale (Hausärzte)

#### Eigene Patienten zur normalen Öffnungszeiten:

03110 (1000 Pkt.) oder

03111 (900 Pkt.) oder

03112 (1020 Pkt.)

#### Im Vertretungsfall / Überweisungsfall (aus derselben Arztgruppe )

03120 (500 Pkt.) oder

03121 (450 Pkt.) oder

03122 (535 Pkt.)

#### Im organisierten Notfalldienst

01210 (405 Pkt.) oder 01211 (255 Pkt.) oder

01214 (100 Pkt.) oder 01215 (50 Pkt.) oder

01216 (300 Pkt.) oder 01217 (205 Pkt.) oder

01218 (405 Pkt.) oder 01219 (255 Pkt.)

#### Zusätzlich abrechenbar zur Versichertenpauschale:

##### Hausbesuche:

01410 Hausbesuch (440 Pkt.)

01411 Dringender Hb 19-22 Uhr abends (1325 Pkt.)

01412 Dringender Hb bei Nacht 22-07h (1770 Pkt.)

01413 weiterer Besuch /Mitbesuch(215 Pkt.)

01414 Visite Belegstation je Patient (245 Pkt.)

##### **01415 Dring.Besuch Altenheim (1545 Pkt.)**

01416 Begleitung beim Transport (255 Pkt.)

01430 Verwaltungskomplex (sog. Helferinnenziffer)

nur noch als **alleinige Leistung im Quartal**

jeder Pat. der nicht gek. ist, Anfragen hatte etc.

##### **Phantom-Ziffern 01430 , 01435 , 03130**

Phantom-Ziffern können abrechnet werden, wenn im Quartal noch kein persönlicher Patientenkontakt oder ein einmaliger Kontakt zur Unzeit stattgefunden hat. Sie fallen aber plötzlich weg, wenn der Patient zu normaler Tageszeit persönlich in die Praxis kommt.

01602 Kopie eines Berichtes (35 Pkt.)

01620 Kurze Bescheinigung/Attest (85 Pkt.)

01621 Krankheitsbericht (125 Pkt.)

01622 Ausführliches Gutachten (235 Pkt.)

01623 Kurvorschlag (150 Pkt.)

01707 Erweitertes Neugeborenen-Screening (230 Pkt.)

01711-01719 U1 – U9 (685 Pt.)

01720 J1 (790 Pkt.)  
01721 Besuch bei 01711/01712 (440 Pkt.)  
01722 Sonographie Säuglingshüfte (375 Pkt.)  
01730 Früherkennung Frau (400 Pkt.)  
01731 Früherkennung Mann (320 Pkt.)  
01732 Früherkennung (695 Pkt.)  
01734 Blut im Stuhl (55 Pkt.)  
01740 Beratung Kolorektales Karzinom (230 Pkt.)  
01758 multidisziplinäre Fallkonferenz (140 Pkt.)  
01821 Beratung Empfängnisregelung (200 Pkt.)  
01822 Beratung u. Untersuchung Empfängnisregel.(320 Pkt.)  
01828 Entnahme von Venenblut (55 Pkt.)  
02300 kleinchirurgischer Eingriff I (160 Pkt.)  
02301 kleinchirurgischer Eingriff II (365 Pkt.)  
02302 kleinchirurgischer Eingriff III (675 Pkt.)  
02310 Wundbehandlung (580 Pkt.)  
02311 Behandlung diabetischer Fuß (395 Pkt.)  
02500 Einzelinhalationstherapie (40 Pkt.)  
02501 dito mit speziellem Verneblersystem (125 Pkt.)  
02510 Wärmetherapie (55 Pkt.)  
02511 Elektrotherapie (30 Pkt.)  
02512 Elektrostimulation (55 Pkt.)  
02520 Phototherapie eines Neugeborenen (280 Pkt.)  
**03212** Zuschlag für **Chroniker** bei mind. 2  
Patientenkontakten im Quartal (495 Pkt.)  
03235 Qualifikation Psychosomatik (20 Pkt.)  
03240 Hausärztlich-geriatr. Basisassessment (370 Pkt.)  
03241 Computergestützte Auswertung Langzeit-  
EKG – mind. 18 Stunden (260 Pkt.)  
03242 Testverfahren bei Demenzverdacht (55 Pkt.)  
03321 Belastungs-EKG (565 Pkt.)  
03322 Aufzeichnung Langzeit-EKG (190 Pkt.)  
03324 Langzeit-Blutdruckmessung (220 Pkt.)  
03330 Spirographische Untersuchung (170 Pkt.)  
03331 Prokt-/Rektoskopischer  
Untersuchungskomplex (240 Pkt.)  
03332 Zuschlag 03331 (160 Pkt.)  
03333 audiometrische Untersuchung (250 Pkt.)

**03130 Versichertenpauschale zur Unzeit:**

**19:00-07:00, Sa, So, Feiertag (24. u.31.12)** 480 Pkt)

Diese Leistung ist nur als **alleinige** ärztliche Leistungsposition abrechenbar!

Kommt ein weiterer direkter Arzt-Patienten Kontakt in demselben Quartal zu normaler Zeit mit Auslösung der Versicherten-, oder einer Konsiliarpauschale zum Tragen, ist der Ansatz der Leistungsziffer 03130 ausgeschlossen, muss also gestrichen (!) werden.

**03212 Der Morbiditätszuschlag**, Ziffer für die Behandlung chronisch kranker Patienten in Höhe von **495** Punkten können Hausärzte einmal im Quartal abrechnen. Zusammen **mit** der **Versichertenpauschale** (03110 bis 03112) bringt die Behandlung chronisch Kranker - je nach Alter der Patienten -1395 bis 1515 Punkte. Die Krankheit des gesetzlich Versicherten muss "schwerwiegend chronisch" sein. Es muss im Lauf des Quartals zu **mindestens zwei** Kontakten und ...nur in Verbindung mit der **kompletten** Versicherungspauschale. Wer auf **Überweisung** eines hausärztlichen Kollegen tätig wird, etwa als **Diabetologe**, entsprechend den Ziff **03120-03122** bekommt nur die **halbe** Versichertenpauschale und damit **keinen** Morbiditätszuschlag!

1. Hausarzt kann **Versichertenpauschale** ,gemäß Ziff. **03110-03112** (1000/900/1050 Pkt.) abrechnen.
2. Hausarzt kann **Morbiditätszuschlag** abrechnen (495 Pkt.). Ergibt zusammen 1395–1545 Pkt.
3. Wird der Patient vom Hausarzt an einen Hausarzt mit Überweisungsschwerpunkt (z.B. Diabetologe, Rheumatologe) überwiesen, kann dieser nur die **halbe Versichertenpauschale** abrechnen (Ziff. 03120-03122). Das entspricht 500/450/535 Punkten.  
Der Morbiditätszuschlag kann aber **nur** bei **voller** Versichertenpauschale abgerechnet werden!

**Neue EBM-Nummer für Besuch im Heim :**  
Für den **dringenden Besuch** in beschützenden **Wohnheimen** wurde die Ziff. **01415** aufgenommen 1545 Punkte.  
Sie ist **nicht** im organisierten Notfalldienst abrechnungsfähig.

**Änderung Verwaltungskomplex :**  
Den **Verwaltungskomplex** Ziffer **01430** können Sie künftig nur noch dann ansetzen, wenn Sie im gesamten Quartal **keine** Versichertenpauschale berechnen können. Für die telefonische Beratung eines Patienten als **Alleinige** Leistung im gesamten **Quartal** rechnen Sie künftig die EBM-Nummer **01435** ab. Sie bringt 60 Punkte.

**Neue EBM-Nummer für Auftragsleistung und Konsil , sog. Konsultationsleistungen:**

Wenn Ihnen ein Patient mit einem **Zielauftrag** überwiesen wird – z.B.für ein Belastungs-EKG-, können Sie nicht die Versichertenpauschale ansetzen, sondern greifen auf die neue **Konsultationspauschale Ziff.01436 (50Pkt)** zurück.

Dies gilt in gleichem Umfang auch für Überweisungen zur Mit-/Weiterbehandlung. Diese Ziffer greift auch, wenn Sie von einem Arzt Ihrer Fachgruppe zum Konzil gebeten werden oder auf Überweisung Leistungen der präoperativen Diagnostik erbringen. Diese Leistungsposition kann **nicht** neben einer Versichertenpauschale berechnet werden. Die Gebührenordnungsposition 01436 kann nicht neben Versicherten-, Grund- und/oder Überweisungspauschale derselben Arztgruppe berechnet werden. Die Gebührenordnungsposition **01436** ist im Zusammenhang mit Leistungen des Abschnitts 31.2 **nur** berechnungsfähig, wenn diese als **Auftragsleistung(en)** erbracht werden. Die Gebührenordnungsposition 01436 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 30700 berechnungsfähig.

### **Ärztliche Leistungen zur Unzeit:**

**01100** Unvorhergesehene Inanspruchnahme „*frühe Nacht*“+ *WoE.*

- zwischen 19:00 und 22:00 Uhr

- an Sa., So. u.ges.Feiert., am 24.12. und 31.12. zwischen 07:00 und 19:00

**01101** Unvorhergesehene Inanspruchn. „*tiefe Nacht*“ +*WoE.abend*

- zwischen 22:00 und 07:00 Uhr

- an Sa., So.u.ges. Feiertagen, am 24.12.und 31.12. zwischen 19:00 und 07:00

**01102** Inanspruchnahme an Samstagvormittag zw. 07:00 u.14:00 Uhr

### **Leistungen im organisierten Notfalldienst:**

#### **1. Tätigkeit im Notfalldienst**

**01210** Notfallpauschale (405)

**01211** Zusatzpauschale für Besuchsbereitschaft (255)

egal, ob Besuch gemacht wurde!!!

+01411, wenn Besuch gemacht wurde oder 01412

**01214** Notfallkonsultationspauschale I (100)

Bei 2. Kontakt im Notfalldienst + Besuchsbereitschaft 01215 (50)

**gilt auch bei telefonischem Kontakt**

#### **2. Hausbesuche im Notdienst**

01214 Notfallkonsultationspauschale I (100)

01215 Besuchsbereitschaft (50)

01411 Dringender Besuch (1325) ...Zusammen 1475

## Hausbesuch im Notdienst bringt bis zu 1985 Punkte

Sie haben **Bereitschaft im organisierten Notdienst**. Herr Schulze sucht Sie am Montag, 7. Januar 2008, erstmals im Quartal im Notdienst auf. Sie rechnen die **Notfallpauschale 01210** im organisierten Notdienst (**405 Punkte**) sowie die **Zusatzpauschale 01211 für die Besuchsbereitschaft im organisierten Notdienst** (**255 Punkte**) ab. Beides bringt 660 Punkte. Am Samstag, 19. Januar, braucht der Patient um 21.30 Uhr erneut eine Behandlung im organisierten Notfalldienst und sucht Sie auf. Jetzt rechnen Sie die **Notfallkonsultationspauschale III** im organisierten Notdienst ab (**01218**). Diese bringt 405 Punkte. Da Ihr Auto vor der Tür steht und Sie zum Besuch bereit sind, rechnen Sie auch die **Zusatzpauschale 01219** mit 255 Punkten ab - auch jetzt erhalten Sie 660 Punkte. Am Freitag, 1. Februar, ruft Sie der Patient im Notdienst um 20 Uhr an. Sie rechnen die **Notfallkonsultationspauschale II** ab (**01216**) und erhalten 330 Punkte. Zudem setzen Sie die **Zusatzpauschale 01217** an (205 Punkte). Da sich der Zustand des Patienten nicht bessert, ruft er Sie am Montag um 18 Uhr an und bittet um sofortigen Hausbesuch. Sie setzen die **Notfallkonsultationspauschale I (01214)** an und erhalten dafür 100 Punkte, zudem die **Zusatzpauschale 01215** für die Besuchsbereitschaft (50 Punkte). Für den **dringenden Besuch** rechnen Sie die Ziffer **01411** ab und bekommen dafür dann 1325 Punkte.

### Die Notdienste bringen ab Januar 2008 mehr Punkte

Im EBM 2008 wird die Besuchsbereitschaft mit eigenen Ziffern vergütet

EBM alt	Punkte	Leistungslegenden	EBM neu	Punkte
01210	500	Notfallpauschale im organisierten Notfalldienst mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt	01210	405
		Zusatzpauschale zur Nr. 01210 für die Besuchsbereitschaft	01211	255
01215	100	Notfallkonsultationspauschale I (weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt) außerhalb der Zeiten nach 01216 o. 01218	01214	100
		Zusatzpauschale zur Nr. 01214 für die Besuchsbereitschaft	01215	50
01216	400	Notfallkonsultationspauschale II (weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt) bei Inanspruchnahme zwischen 19 und 22 Uhr an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 7 und 19 Uhr	01216	330
		Zusatzpauschale zur Nr. 01216 für die Besuchsbereitschaft	01217	205
01217	500	Notfallkonsultationspauschale III (weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt) bei Inanspruchnahme zwischen 22 und 7 Uhr an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 19 und 7 Uhr	01218	405
		Zusatzpauschale zur Nr. 01218 für die Besuchsbereitschaft	01219	255

Quelle: KBV, Tabelle: ÄRZTE ZEITUNG

**In Sachen Notdienst müssen Kollegen nach dem Jahreswechsel einiges dazulernen.**

89240 Mehrfachimpfung Hepatitis A und B  
89130 Einfachimpfung Hepatitis A  
89010 Einfachimpfung Hepatitis B  
89110 Einfachimpfung FSME  
89200 Mehrfachimpfung DPT  
89219 Mehrfachimpfung DT  
89040 Einfachimpfung Kinderlähmung  
89090 Einfachimpfung Wundstarrkrampf  
89000 Einfachimpfung Diphtherie  
89120 Einfachimpfung Hämophilus inf.  
89160 Einfachimpfung Meningokokken  
89150 Einfachimpfung Windpocken  
89140 Einfachimpfung Pneumokokken  
89030 Einfachimpfung Keuchhusten  
89020 Einfachimpfung Influenza  
89239 Mehrfachimpfung Masern, Mumps, Röteln  
89220 Mehrfachimpfung Masern, Mumps  
89070 Einfachimpfung Röteln  
89170A 1. U. 2. HPV-Impfung  
89179B 3. HPV-Impfung  
89250 Mehrfachimpfung 2-bis 5-fach  
89260 Mehrfachimpfung 6-fach

**Grundpauschale Fachärzte :**

FA Internisten ohne Schwerpunkt 350 570 610  
mit Schwerpunkt: Hämol./Onkologie 655 865 905

**Zusatzpauschale Onkologie (540 Punkte)**

Chirurgie: 07345 Frauenärzte: 08345 HNO: 09345 Hautärzte: 10345  
Internisten mit SP Gastroenterologie: 13435 Internisten mit SP Pneumologie:  
13675 M-K-G-Chirurgie: 15345 Urologie: 26315  
lutz@medi-present.de Dr.J.B.Lutz 11.01.2008 o.Gewähr