



B H I

Bundesverband Hausärztlicher Internisten e.V.

Landhausstrasse 10, 10717 Berlin, Tel. 030 / 863 96 110, Fax: 030 / 863 96 157
Homepage: www.Hausarzt-BHI.de, E-mail: Geschaeftsstelle@Hausarzt-BHI.de

BHI-Newsletter

Juli 2013

EBM-Reform Oktober 2013

Nachdem die KBV-Vertreterversammlung dem Vorstand keinen Handlungsspielraum für die Verhandlungen mit der Kassenseite gelassen hatte (- man wollte vor allem keine Schiedsamtentscheidung -), hat nun der Bewertungsausschuss eine Reform des EBM zum 1. Oktober 2013 beschlossen. Inzwischen liegt dieser Beschluss schriftlich vor.

Es gibt nicht nur neue EBM-Positionen, auch in der Präambel wurde einiges verändert. Fachgleiche **Berufsausübungsgemeinschaften** von Hausärzten erhalten künftig einen **Aufschlag** von 22,5% auf die **Versichertenpauschale** (- früher waren es nur 10%, aber die Versichertenpauschale ist zugunsten der Vorhaltepauschale und Gesprächsleistung deutlich reduziert worden, so dass insgesamt der Aufschlag für Berufsausübungsgemeinschaften wohl unverändert bleiben dürfte -).

In der Präambel wird auch die **Budgetierung der Gesprächsleistungen** geregelt: Für die neue GOP 03230 (Gespräch, 90 Punkte) wird ein Punktzahlvolumen gebildet, bis zu dem die Gespräche honoriert werden: Anzahl der Behandlungsfälle der Praxis x 45 Punkte, so dass effektiv nur etwa die **Hälfte der Patienten** einer Praxis in den Genuss eines ärztlichen Gesprächs kommen wird. Das ist zwar mehr als gar nichts, aber sicher unzureichend. Die Erfahrungen von 1996, als die Einführung von Gesprächsziffern zu einer Explosion der Leistungsmenge und folgenden (sogar rückwirkenden) Budgetierung führte, veranlassen die KBV hier zur Vorsicht.

Das Gespräch muss 10 Minuten dauern (ein Gespräch von 10 Minuten ist bereits in der Versichertenpauschale enthalten !) und setzt eine „lebensverändernde Erkrankung voraus“ und kann auch mit einer Bezugsperson geführt werden.

Die **Versichertenpauschale** wurde um die Vorhaltepauschale und die Gesprächsleistungen „bereinigt“ und in fünf Altersklassen differenziert:

Das sind die neuen fünf Altersgruppen und die jeweilige Vergütung (einmal im Behandlungsfall):

1. bis zum vollendeten 4. Lebensjahr 236 Punkte (23,60 Euro)
2. vom 5. Lebensjahr bis zum vollendeten 18. Lebensjahr 150 Punkte (15,00 Euro)
3. vom 19. Lebensjahr bis zum vollendeten 54. Lebensjahr 122 Punkte (12,20 Euro)
4. vom 55. Lebensjahr bis zum vollendeten 75. Lebensjahr 157 Punkte (15,70 Euro)
5. vom 76. Lebensjahr 210 Punkte (21,00 Euro)

Postanschrift: Bundesverband Hausärztlicher Internisten e.V. – BHI -, Landhausstr. 10, 10717 Berlin
Kontonummer: 0004790464 bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank Berlin, BLZ 100 906 03

1. Vorsitzender: Dr. med. Stefan Windau, Lützowstr. 13b, 04155 Leipzig, Telefon: 0341-5629943, Fax: 0341-5629945
Stellvertretende Vorsitzende: Dr. med. Ulrich Piltz, Langenscheidtstr. 1, 10827 Berlin, Telefon: 030-7845055, Fax: 030-7874493
Dr. med. Detlef Bothe, Oldenburger Str. 47, 10551 Berlin, Tel. 030-3961450, Fax: 030-3968481

In die Praxis-EDV muss künftig nur die Ziffer 03000 eingegeben werden, die EDV wandelt diese Ziffer dann automatisch altersentsprechend um. Nach wie vor gibt es im **Vertretungsfall** und bei **Überweisung durch einen anderen Hausarzt** nur die halbe Versichertenpauschale, keine Vorhaltepauschale und auch keine Chronikerziffern.

Neben der Versichertenpauschale gibt es nun die automatisch von der KV zugesetzte **Vorhaltepauschale** 03040 (14,00 Euro) für die „Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags“. Nach langen Diskussionen kommen auch spezialisierte Diabetes- und HIV-Schwerpunktpraxen in den Genuss dieser Pauschale (zu 50%), wer „hausarztuntypische“ Leistungen wie z. B. Akupunktur, Psychotherapie oder Schmerztherapie erbringt, erhält für diese Patienten keine Vorhaltepauschale (und auch keine Chronikerziffer). Bei kleinen Praxen (unter 400 Scheine) erfolgt ein Abschlag von 10%, Großpraxen über 1200 Fälle erhalten einen Aufschlag von 10%.

Die neuen **Chronikerziffern** 03220 (ein Kontakt, 13,00 Euro) und 30221 (zwei Kontakte, 15,00 Euro) sind nicht nebeneinander berechnungsfähig. Die Definition „chronisch“ wurde neu gefasst: In den letzten 4 Quartalen müssen mindestens in zwei Quartalen persönliche Arzt-Patienten-Kontakte wegen derselben Erkrankung stattgefunden haben.

In einigen Zeitschriften wurde berichtet, dass auch diese Ziffer automatisch von der KV zugesetzt würde, davon ist im Beschluss jedoch nichts zu finden. Woher sollte die KV auch wissen, ob ein oder zwei Arzt-Patientenkontakte stattgefunden haben, gibt es doch keine „Kontaktziffer“. Unklar ist uns zur Zeit, was damit gemeint ist, dass der Ansatz dieser Ziffer „die Angabe der gesicherten Diagnose der chronischen Erkrankungen gemäß ICD 10“ voraussetzt, was hoffentlich nicht bedeutet, dass der jeweilige ICD-Code zu den Ziffern hinzugeschrieben werden muss.

Völlig neu sind die Leistungen der hausärztlich **geriatrischen Versorgung** und der **palliativmedizinischen Betreuung**, für die auf Bundesebene insgesamt 124 Mio. Euro zusätzliches Honorar zur Verfügung stehen.

In der Geriatrie darf **ab dem vollendeten 70. Lebensjahr** die Ziffer 03362 (= 15,90 Euro) einmal im Quartal für die Betreuung bei geriatrischen Syndromen abgerechnet werden. Eine besondere Qualifikation ist dafür nicht erforderlich. Allerdings muss zuvor ein geriatrisches Basisassessment (nicht älter als vier Quartale) nach GOP 03360 (12,20 Euro) erfolgt sein, welches wiederum im Krankheitsfall (! das aktuelle sowie die drei folgenden Quartale) höchstens zweimal berechnungsfähig ist.

Grundsätzlich sind die geriatrischen Leistungen nur berechnungsfähig bei den gesicherten ICD-Diagnosen „Demenz“ (F00-F02), „Alzheimer“ (G30), „Parkinson“ (G20.1, G20.2) oder „geriatrische Syndrome“ wie Fallneigung und Altersschwindel, bei „komplexen Beeinträchtigungen auf kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Art“, bei Frailty-Syndrom, Dysphagie, Inkontinenz und therapierefraktärem chronischem Schmerzsyndrom.

Der Versorgungsbedarf muss dementsprechend nach ICD-10 kodiert werden.

Auch die Abrechnung der **palliativmedizinischen Versorgung** ist etwas komplizierter. Zwar gibt es hier keine Altersbeschränkung, jedoch muss geprüft werden, ob die Voraussetzungen vorliegen: Dazu gehört, dass der Patient an einer nicht heilbaren, fortgeschrittenen Erkrankung mit gesunkener Lebenserwartung leidet. Auch darf er nicht an der spezialisierten Palliativversorgung (SPAV) teilnehmen.

Unter diesen Voraussetzungen kann einmal im Krankheitsfall (!) ein Status erhoben werden (GOP 03370 = 34,10 Euro) und für die Betreuung des Patienten in der Praxis einmal im Quartal die GOP 03371 (= 15,90 Euro) in Ansatz gebracht werden.

Alternativ zur 03371 kann bei Hausbesuchen je 15 Minuten und maximal 5 Mal im Quartal ein Zuschlag von 12,40 Euro (GOP 03372) für die palliative Betreuung abgerechnet werden.

Die palliativmedizinischen Leistungen dürfen nicht zusammen mit den Chronikerziffern abgerechnet werden!

Wohl kaum eine Praxis wird mit den palliativmedizinischen Leistungen große Umsätze generieren, aber zumindest wird der deutlich höhere Aufwand bei derartigen Patienten wenigstens etwas honoriert (leider aber auch nur innerhalb des Regelleistungsvolumens).

Ebenfalls tritt zum 1. Oktober 2013 die **Währungsreform** in Kraft. Der Orientierungspunktwert wird ausgabenneutral auf den kalkulatorischen Punktwert von 10 Cent angehoben, die Bewertung der Leistungen in Punkten im EBM dementsprechend angepasst: d.h. die bisherige Bewertung in Punkten wird mit dem Faktor 0,35363 multipliziert und kaufmännisch gerundet. Ob es mit dieser Strategie der KBV besser als bisher gelingen wird, die Unterfinanzierung der ambulanten Medizin nachzuweisen, darf bezweifelt werden. In diesem Zusammenhang aber sollen zum 1. Juli 2014 die Plausibilitätszeiten überprüft und angepasst werden.

Auch im fachärztlichen Bereich gibt es Änderungen im EBM. Zur Stärkung der fachärztlichen Grundversorger erhalten diese eine fachärztliche Grundpauschale in sehr unterschiedlicher Höhe. Nach heftigen Kontroversen entschied die KBV-VV, dass die fachärztlichen Internisten mit Schwerpunkt nicht zu den Grundversorgern zählen.

Der Hauptkritikpunkt an dieser Reform ist, dass altes Geld mal wieder neu verteilt wird und die Folgen dieser Neuverteilung ungewiss sind. Gestärkt werden sollen die typischen Hausarztpraxen, jedoch bringen Versichertenpauschale, Vorhaltepauschale und ein halbes Gespräch bei der großen Gruppe der 19 - 54-Jährigen, nicht chronisch Kranken auch nur 30,70 Euro ein (bisherige Pauschale 03111 = 31,12 Euro), der chronisch Kranke über 55-Jährige würde dann ein Honorar von 54,20 Euro erbringen (bisher 53,57 Euro), erst bei über 76-Jährigen fällt die Bilanz besser aus. Die KBV geht davon aus, dass eine typische Hausarztpraxis auch nur ein leichtes Honorarplus von 3-4 % erwarten dürfte.

Ein Argument für die Reform des EBM war ja, dass man vom hohen Grad der Pauschalierung weg wollte zu einer differenzierten Einzelleistung, damit die Hausärzte auch nachweisen könnten, was sie alles leisten. Als einzige Einzelleistung aber ist nun ein budgetiertes Gespräch geblieben, und das ist wahrlich nicht viel. Ob durch diese Reform das Problem gelöst wird, dass ein nicht geringer Teil von Hausärzten sein Regelleistungsvolumen (wegen fehlender Einzelleistungen) gar nicht ausfüllen konnte, darf bezweifelt werden.

Die Hauptprobleme unserer Honorierung (unzureichende Finanzierung der Leistungen und Budgetierung) bleiben also ungelöst. Ob die Strategie der KBV, Versicherten- und Vorhaltepauschalen später aus der budgetierten Gesamtvergütung herauszubekommen, erfolgreich sein wird, bleibt abzuwarten.

Dr. Detlef Bothe
Stellv. Vorsitzender