

EBM 2008



Freiburg, 29.01.2008

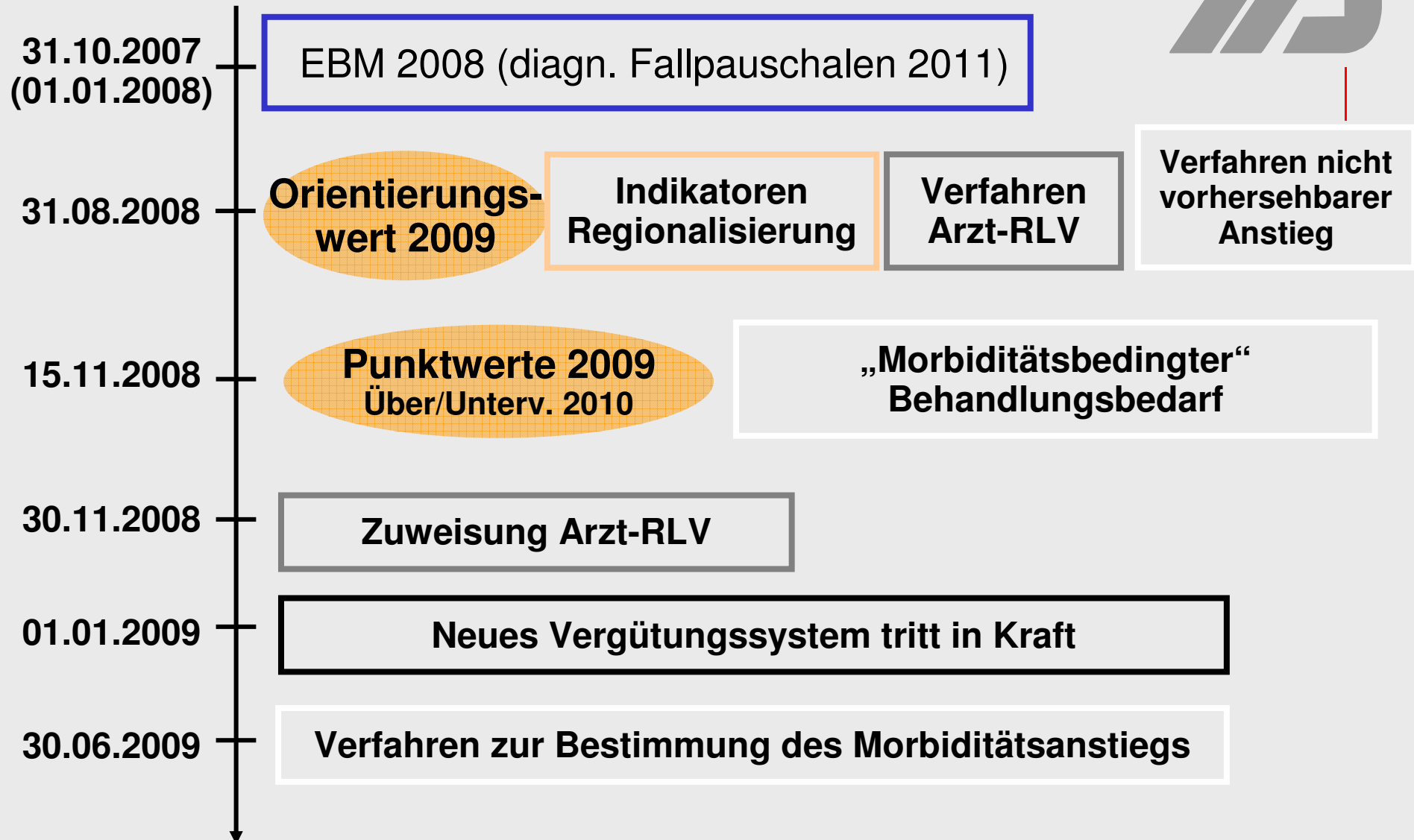
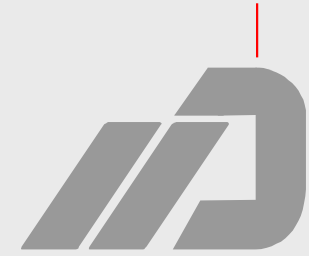
Dr. med. Eva-Maria Weber

# Gliederung



- Gesetzliche Neuregelungen
- Struktur und Aufbau des EBM 2008
- Wesentliche Änderungen/Neuerungen
- Weiterentwicklung und Ausblick

# Überblick Neuregelungen GKV-WSG



# EBM 2000plus: Gliederung

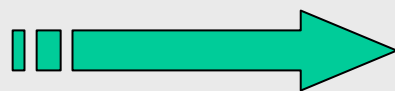


- I Allgemeine Bestimmungen
- II Arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen
- III Arztgruppenspezifische Leistungen
  - III.a Hausärztlicher Versorgungsbereich
  - III.b Fachärztlicher Versorgungsbereich
- IV Arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen
- V Pauschalerstattungen
- VI Anhänge

# EBM 2008: Gliederung



- I Allgemeine Bestimmungen
- II Arztgruppenübergreifende allgemeine **Gebührenordnungspositionen**
- III Arztgruppenspezifische **Gebührenordnungspositionen**
  - III.a Hausärztlicher Versorgungsbereich
  - III.b Fachärztlicher Versorgungsbereich
- IV Arztgruppenübergreifende spezielle **Gebührenordnungspositionen**
- V **Kostenpauschalen (BMÄ und E-GO)**
- VI Anhänge



Gliederung identisch, jedoch  
inhaltliche Änderungen

# EBM 2008: Kalkulation und Bewertung



## Grundlagen:

- STABS bzw. EBM 2000plus
- Abrechnungsfrequenzen

## Zudem Berücksichtigung:

- Kostenstudien (Neurologie und Psychiatrie/Psychosomatik, Strahlentherapie)
- Ergebnisse der Evaluation (Pathologie, Orthopädie..)

# EBM 2008: Kalkulation und Bewertung



- **AL:** festgelegt auf **105 571,80 Euro**  
(51 Wochenstunden)  
Arztminute **86,09 Cent**
- **TL:** Berücksichtigung der MwSt-Erhöhung
  - im STABS: Faktor **1,0207** bzw. **1,0048**
  - sonst: nur AL-Anteile x **1,1051**  
nur TL-Anteile x **1,0207**

Gesetzlicher Auftrag gemäß § 87 Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB V zur **regelmäßigen Überprüfung der Bewertung** der ärztlichen Leistungen im EBM, daher **2008 umfassende Neuerhebung der Kostendaten** für die Kalkulation der Leistungsbewertungen zur **Anpassung** der Leistungsbewertungen zum 01.01.2009

# EBM 2008



## I Allgemeine Bestimmungen

II Arztgruppenübergreifende allgemeine  
Gebührenordnungspositionen

III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen

III.a Hausärztlicher Versorgungsbereich

III.b Fachärztlicher Versorgungsbereich

IV Arztgruppenübergreifende spezielle  
Gebührenordnungspositionen

V Kostenpauschalen (BMÄ und E-GO)

VI Anhänge

# EBM 2008 : neue Begrifflichkeiten



## Betriebsstättenfall

Der Betriebsstättenfall ist definiert in § 21 Abs. 1a BMV-Ä bzw. in § 25 Abs. 1a EKV und umfasst die Behandlung **desselben Versicherten** in einem Kalendervierteljahr durch einen oder mehrere Ärzte **derselben Betriebsstätte** oder derselben Nebenbetriebsstätte zu Lasten **derselben Krankenkasse unabhängig** vom behandelnden Arzt.

## Arztfall

Der Arztfall ist definiert in § 21 Abs. 1b BMV-Ä bzw. in § 25 Abs. 1b EKV und umfasst die Behandlung **desselben Versicherten** durch **denselben** an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden **Arzt** in einem Kalendervierteljahr zu Lasten **derselben Krankenkasse unabhängig** von der Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte.

## Pauschale

Die Begriffe Pauschale, Versichertenpauschale, Grund-, Konsiliar- oder Zusatzpauschale werden mit dem Begriff Pauschale zusammengefasst.

# EBM 2008: Allgemeine Bestimmungen

## 5 Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und angestellte Ärzte



### 5.1 Berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen

Die Berechnung der arztgruppenspezifischen Gebührenordnungspositionen von (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften, Arztpraxen mit angestellten Ärzten oder Medizinischen Versorgungszentren richtet sich unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM nach den Arztgruppen, die in einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, Arztpraxis mit angestellten Ärzten oder einem Medizinischen Versorgungszentrum vertreten sind.

### **Protokollnotiz zum Beschluß des Bewertungsausschusses vom 10.09.2007:**

*In Bezug auf die Berechnung von Versicherten- Grund- und Konsiliarpauschalen durch Berufsausübungsgemeinschaften behalten sich die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses bis zum 30. September 2008 **eine Überprüfung und Anpassung der Allgemeinen Bestimmung 5.1 ausdrücklich vor.***

# EBM 2008: Allgemeine Bestimmungen



## 5 Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und angestellte Ärzte

### 5.2 Kennzeichnungspflicht

Bei der Berechnung sind die Gebührenordnungspositionen nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen unter Angabe der Arztnummer sowie aufgeschlüsselt nach Betriebs- und Nebenbetriebsstätten gemäß § 44 Abs. 6 BMV-Ä bzw. § 34 Abs. 12 EKV zu kennzeichnen.



erst ab 01.07.2008 umsetzbar!

# EBM 2008



- I Allgemeine Bestimmungen
- II **Arztgruppenübergreifende allgemeine  
Gebührenordnungspositionen**
- III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen
  - III.a Hausärztlicher Versorgungsbereich
  - III.b Fachärztlicher Versorgungsbereich
- IV Arztgruppenübergreifende spezielle  
Gebührenordnungspositionen
- V Kostenpauschalen (BMÄ und E-GO)
- VI Anhänge

# EBM 2008: Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen



## 1.2 Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst

- 01210 **Notfallpauschale** im organisierten Not(-fall)dienst und Notfallpauschale für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser
- 01211 **Zusatzpauschale** zu der Gebührenordnungsposition 01210 für die Besuchsbereitschaft im Notfall bzw. im organisierten Not(-fall)dienst

Bei weiterem Arzt-Patienten-Kontakt:

**Notfallkonsultationspauschale I bis III** (abhängig vom Zeitpunkt der Inanspruchnahme) sowie jeweils **Zusatzpauschale** für die Besuchsbereitschaft



Neustrukturierung und Angleichen der Abrechnungsmöglichkeiten für KH, gleiche Bedingungen für HÄ und FÄ

# EBM 2008: Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen



- Neuaufnahme einer **Konsultationspauschale (01436)**, die bei
  - Definitions- oder Indikationsaufträgen
  - Überweisungen zur präoperativen Abklärung nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.1
  - bei fachgleicher Überweisung zur Durchführung von ambulanten Operationen und anästhesiologischen Leistungen der Abschnitte 31.2 und 31.5 und 31.4 (postoperative Behandlung)

**anstelle** der Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale zu berechnen ist

*Neben der Gebührenordnungsposition 01436 ist für die Berechnung der jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale in demselben Behandlungsfall **mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt** notwendig.*

# EBM 2008



- I Allgemeine Bestimmungen
- II Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen
- III **Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen**
  - III.a **Hausärztlicher Versorgungsbereich**
  - III.b Fachärztlicher Versorgungsbereich
- IV Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen
- V Kostenpauschalen (BMÄ und E-GO)
- VI Anhänge

# EBM 2008: Hausärzte



- Hausärztliche Vergütung (§ 87 Abs. 2b)
  - Versichertenpauschalen je Fall (können nach Alter- und Geschlecht differenziert werden)
  - Einzelleistungen oder Leistungskomplexe und Qualitätszuschläge können vorgesehen werden

# EBM 2008: Hausärzte



## Struktur

- **Versichertenpauschalen** mit drei Altersstufen
- **Chronikerzuschlag**
- **Qualitätszuschläge** (bisher Psychosomatik)
- **Besonders förderungswürdige Einzelleistungen und Leistungskomplexe**

# EBM 2008: Hausärzte



## **Versichertenpauschalen** umfassen:

- „... die **gesamten** im Abrechnungszeitraum **üblicherweise** im Rahmen der hausärztlichen Versorgung eines Versicherten erbrachten Leistungen **einschließlich** der anfallenden **Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen.**“
- optional: Differenzierung nach Morbiditätskriterien wie Alter und Geschlecht

# EBM 2008: Hausärzte



In der Versichertenpauschale sind u.a. alters- und frequenzgewichtet enthalten (siehe auch Anhang 1):

- Hausärztliche Grundvergütung
- Ordinationskomplex
- Konsultationskomplex
- Gespräche
- Ganzkörperstatus
- Briefe und Berichte
- Laborgrundgebühr
- .....

**➔ 2%-Abschlag wegen potentieller Mehrfachabrechnung**

# EBM 2008: Hausärzte



## Chronikerzuschlag

03212 **Zuschlag zu den Versichertenpauschalen nach den Nrn. 03110 bis 03112 für die Behandlung eines Versicherten mit einer oder mehreren schwerwiegenden **chronischen Erkrankung(en)** gemäß § 2 Abs. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten im Sinne des § 62 SGB V,**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Mindestens 2 Arzt-Patienten-Kontakte,

einmal im Behandlungsfall (kurativ-ambulant)

495 Punkte

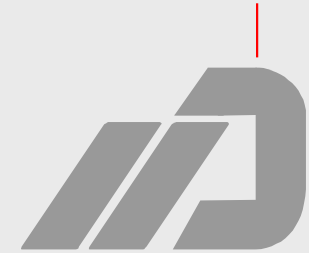
**EBA: Absenkung der Bewertung um 5% (implausible Diagnosen)**

# Auszug Richtlinie zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten im Sinne des § 62 SGB V



- (2) Eine Krankheit ist schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:
- a) Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.
  - b) Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60% vor, wobei der GdB oder die MdE nach den Maßstäben des § 30 Abs. 1 BVG oder des § 56 Abs. 2 SGB VII festgestellt und zumindest auch durch die Krankheit nach Satz 1 begründet sein muss.
  - c) Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

# EBM 2008: Hausärzte



Zum 01. Juli 2008 soll der Bewertungsausschuss die notwendigen Voraussetzungen schaffen, die **Qualitätszuschläge für die Vorhaltung der technischen und/oder räumlichen Voraussetzungen** zur Durchführung von

- Sonographie(n)
- Prokto- und rektoskopischer Diagnostik
- Aufzeichnung von Langzeit-EKG(n)
- Langzeit-Blutdruckmessungen
- Spirometrie(n)/-graphie(n)
- Ergometrie(n)
- Tympanometrie(n)

sowie für **besondere Qualifikationen**

- **Qualifikation Chirotherapie**

beschließen.

Die Partner der Bundesmantelverträge sind insbesondere aufgefordert, in den Vereinbarungen nach **§ 135 Abs. 2 SGB V** solche **Maßnahmen der Qualitätssicherung** zu treffen, die die Abrechnungsvoraussetzungen für Qualitätszuschläge schaffen.

Bis zur Aufnahme der Qualitätszuschläge nach 3.1 gelten mit Wirkung ab 01. Januar 2008 anstelle der vorgesehenen Qualitätszuschläge die entsprechenden bisher nur für Auftragsleistungen vorgesehenen ... Einzelleistungen.

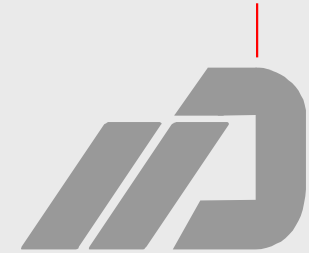
# EBM 2008: Kinderärzte



## Struktur analog Hausarzt

- **Versichertenpauschalen** mit drei Altersstufen
- **Chronikerzuschlag**
- **Qualitätszuschläge** (bisher Psychosomatik)
- **Besonders förderungswürdige Einzelleistungen und Leistungskomplexe**

# EBM 2008: Kinderärzte



## Struktur

- Neuaufnahme von **pädiatrischen Schwerpunktleistungen** (Schwerpunkte/Zusatzweiterbildung nach der WBO):  
**Zusatzpauschalen** und **Einzelleistungen**  
(meist Spiegelung Kapitel 13)
  - Kinder-Kardiologie
  - Neuropädiatrie
  - Pädiatrische Hämatologie und Onkologie  
(Vorbehalt leistungsrechtliche Überprüfung G-BA)
  - Gastroenterologie
  - Pädiatrische Pneumologie
  - Pädiatrische Rheumatologie
  - Pädiatrische Nephrologie und Dialyse
  - Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie

# EBM 2008



- I Allgemeine Bestimmungen
- II Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen
- III **Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen**
  - III.a Hausärztlicher Versorgungsbereich
  - III.b **Fachärztlicher Versorgungsbereich**
- IV Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen
- V Kostenpauschalen (BMÄ und E-GO)
- VI Anhänge

# EBM 2008: Fachärzte



- Fachärztliche Vergütung (§ 87 Abs. 2c)
  - Arztgruppenspezifische Grund– und Zusatzpauschalen
  - Einzelleistungen können vorgesehen werden
  - arztgruppenspezifische diagnosebezogene Fallpauschalen sind bis spätestens 2011 zu entwickeln
  - Sonderregelungen für Psychotherapeuten (ab 2009)

# EBM 2008: Fachärzte



## Struktur

**Grundpauschalen**

**Zusatzpauschalen**

**Onkologische Betreuungspauschalen**

**Einzelleistungen**

# EBM 2008: Fachärzte



## Grundpauschale bestehend aus

- Ordinationskomplex
- Konsultationskomplex
- Gespräch (Ausnahmen)
- Laborgrundgebühr (32000)
- Arztbrief (01600, 01601 bis auf Psychotherapie)

## Abrechnung analog Versichertenpauschale

Pauschaler Abschlag von 2% zur Berücksichtigung der Mehrfachabrechnung durch dieselbe Arztgruppe

# EBM 2008: Fachärzte



## Aufwertungen:

- Neubewertung Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie
- Neubewertung- und Gestaltung Strahlentherapie inklusive Sachkosten und Ausbudgetierung

## Abwertungen:

- Pathologie: keine Veränderung der Punktzahlen bzw. Abwertungen (Evaluation)
- Neubewertung Orthopädie: Abwertung Grundpauschale um 10% (Evaluation)

## Verschärfte Beobachtung:

- Gynäkologen (neue Zusatzpauschalen, Prävention)

# EBM 2008



## Problem der Pauschalierung: Leistungstransparenz

### Teil C

#### Einführung eines Dokumentationsinstruments für ärztliche Teilleistungen von Gebührenordnungspositionen

Die Vertragspartner im Bewertungsausschuss vereinbaren, **verbindliche Vorgaben zur Abrechnungsdokumentation ärztlicher Teilleistungen** im Rahmen der Abrechnung der Gebührenordnungspositionen des EBM zu definieren, die pragmatisch in den Praxisverwaltungssystemen auf der Basis der Teilleistungen der Gebührenordnungspositionen spätestens bis zum **1. Juli 2008** umzusetzen sind.



**repräsentative Begleitstudie zur Dokumentation ärztlicher Teilleistungen**

Einigung auf Bearbeitung folgender Gebiete:

- Hausärzte/Kinderärzte (Inhalte der Versichertenpauschalen)
- Gynäkologen
- Orthopäden
- Internisten ohne Schwerpunkt

# EBM 2008



- I Allgemeine Bestimmungen
- II Arztgruppenübergreifende allgemeine  
Gebührenordnungspositionen
- III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen
  - III.a Hausärztlicher Versorgungsbereich
  - III.b Fachärztlicher Versorgungsbereich
- IV Arztgruppenübergreifende spezielle  
Gebührenordnungspositionen
- V Kostenpauschalen (BMÄ und E-GO)**
- VI Anhänge

# EBM 2008



**Keine** Neuregelungen zu Kapitel **32** (Labor) und Kapitel **40** (Kostenpauschalen) bis auf Dialyse und Strahlentherapie



Partner der BMV



Aktivierung der

- AG Sachkosten
- AG Labor

# EBM 2008: Leistungssteuerung



Zugang:

- Arztgruppenspezifische Leistungskataloge
- genehmigungs-/ zusatzbezeichnungspflichtige Leistungen
- an Überweisungsauftrag gebundene Leistungen / Veranlasserbezug
- zunehmend Vorgaben der QS

Intrinsisch:

- Pauschalierung
- Komplexe (obligate/fakultative Leistungen)
- Höchstwertgrenzen
- Abrechnungsausschlüsse
- Abrechnungsbegrenzungen/Abschläge
- ICD-Bezug

Extrinsisch

- Regelleistungsvolumina
- Wirtschaftlichkeitsprüfung (§106 SGB V)
- Plausibilitätsprüfung (§106a SGB V)

# EBM 2008: Auswirkungen



Punktzahlausweitung durch Neufassung des  
EBM:

Erhöhung Punktzahlvolumen Hausärzte: ca. **+ 13%**

Erhöhung Punktzahlvolumen Fachärzte: ca. **+ 7%**



**insgesamt ca. +10%**

# EBM 2008: Auswirkungen im fachärztlichen Bereich



## Anpassung des durchschnittlichen Leistungsbedarfs in Punkten

|                               |                 |  |
|-------------------------------|-----------------|--|
| • <b>Alle Facharztgruppen</b> | <b>+ 5,38 %</b> |  |
| • Orthopädie                  | + 0,15 %        |  |
| • Pathologie                  | - 13,77 %       |  |
| • Radiologie                  | + 10,16 %       |  |
| • Strahlentherapie            | + 32,88 %       | (teilkompensiert durch Anpassung der Kostenpauschale 40840!) |
| • Neurologie                  | + 5,65 %        |  |
| • Psychiatrie                 | + 6,86 %        |  |
| • KJPP                        | + 14,65 %       |  |
| • Psychotherapie (PT)         | + 16,30 %       |  |
| • Psychosomatische Medizin    | + 14,34 %       |  |

Quelle: KBV

# EBM 2008



**Transkodierungstabelle** des  
Bewertungsausschusses



AG EBM

„Verzögerung“ durch die KBV

Wichtig für die HVV und RLV

# Ausblick EBM 2009

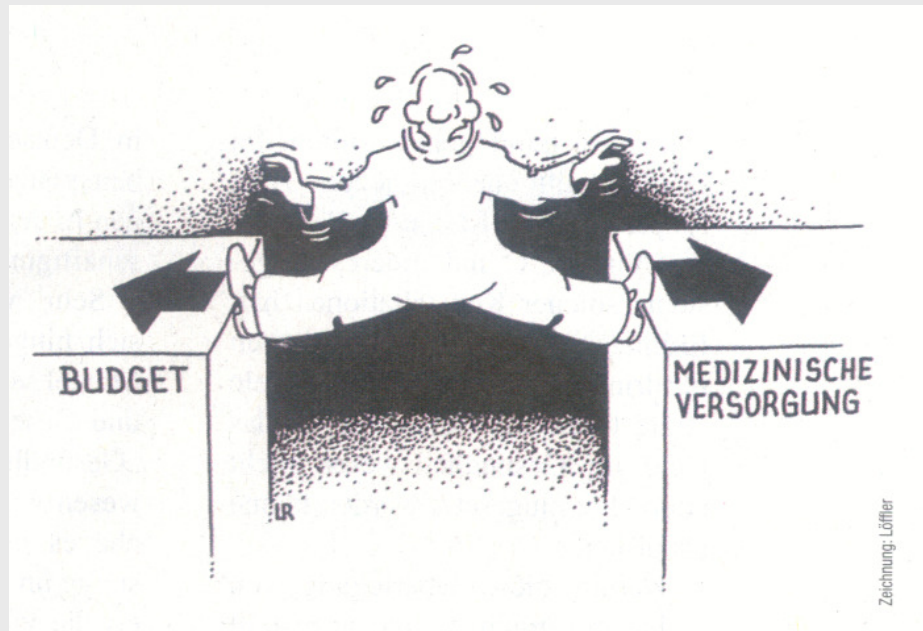


- Festlegen Orientierungswert für 2009 (€-EBM)
- Berücksichtigung neuer Kostenerhebungen
- weitere Pauschlierung im fachärztlichen Bereich
- Berücksichtigung von Bereinigungen
- Anpassung der Vergütung der Psychotherapeuten
- Evaluation und Überprüfung (der Simulation) des EBM 2008

# EBM 2009 aus Sicht der Ärzte



# EBM 2009 aus Sicht der Kassen?



# EBM 2008



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit