



## **EBM 2008 [leicht gemacht]**

**Eine Kurzfassung  
mit den wesentlichen Änderungen  
für den Hausarzt**

## Die „normalen“ oder „regulären“ Versichertenpauschale im EBM 2008

Die „normalen“ Versichertenpauschalen sind einmal im Quartal abzurechnen, ein persönlicher Arzt-Patientenkontakt ist Voraussetzung.

<b>GOP 03110</b>	<b>bis zum vollendeten 5. Lebensjahr</b>	<b>1000 Punkte</b>
<b>GOP 03111</b>	<b>vom 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr</b>	<b>900 Punkte</b>
<b>GOP 03112</b>	<b>ab dem 60. Lebensjahr</b>	<b>1020 Punkte</b>

In den Versichertenpauschalen sind folgende Leistungen enthalten:

- Die bisherigen Ordinations- und Konsultationskomplexe
- Gesprächs- und Beratungsleistungen
- Berichte und Briefe
- Laborgrundgebühr
- Hausärztliche Grundvergütung
- Versorgungsbereichsspezifische Bereitschaftspauschale

Mit den Versichertenpauschalen sind abgegolten die bisherigen GOP:

GOP 01420	Verordnung hausärztlicher Krankenpflege
GOP 01422	Verordnung psychiatrischer Krankenpflege
GOP 01324	Verordnung psychiatrischer Krankenpflege
GOP 01440	Verweilgebühr
GOP 01510 – 01512	Beobachtung/Betreuung
GOP 01600	Bericht
GOP 01610	Brief
GOP 01610	Bescheinigung Muster 55
GOP 01612	Konsiliarbericht
GOP 02100	Infusion
GOP 02101	Infusionstherapie
GOP 02110	Transfusionen
GOP 02111	Transfusionen
GOP 02112	Reinfusion
GOP 02120	Medikamentenpumpe
GOP 02200	Tuberkulintestung
GOP 02320	Magensonde
GOP 02321 – 02323	Katheter
GOP 02330	Arterienpunktion
GOP 02331	Intraarterielle Injektion
GOP 02340	Punktion I
GOP 02341	Punktion II
GOP 02341	Lumbalpunktion
GOP 02343	Entlastungspunktion
GOP 02350	Verband
GOP 02360	Behandlung Lokalanästhetika
GOP 02400	13C-Harnstoff-Atemtest
GOP 02401	H2-Atemtest

Ebenfalls abgegolten sind:

die fortlaufende Anamnese, der Ganzkörperstatus, die klinisch-neurologische Basisdiagnostik, die differentialdiagnostische- und therapeutische Akutversorgung, die Erhebung des psychopathologischen Status und das Ruhe-EKG.

## Sonderfälle bei Versichertenpauschalen im EBM 2008

**Bei hausärztlichen Überweisungen und in Vertretungsfällen** sind geringer bewertete **Versichertenpauschalen** abzurechnen.

<b>GOP 03120</b>	<b>bis zum vollendeten 5. Lebensjahr</b>	<b>500 Punkte</b>
<b>GOP 03121</b>	<b>vom 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr</b>	<b>450 Punkte</b>
<b>GOP 03122</b>	<b>ab dem 60. Lebensjahr</b>	<b>535 Punkte</b>

Bei Überweisungen von anderen Facharztgruppen gilt dies nicht.

**Versichertenpauschale zwischen 19:00 und 7:00 Uhr, an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt**

<b>GOP 03130</b>	<b>Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme</b>	<b>480 Punkte</b>
------------------	--	-------------------

Diese Leistung muss im Zusammenhang mit den GOP 01100 bzw. 01101 („Unzeitgebühren“) oder mit dringenden Besuchen nach GOP 01411, 01412 oder 01415 stehen! Sie kann 2 X im Quartal angesetzt werden. Folgt im Quartal ein regulärer weiterer Arzt-Patienten-Kontakt, sind die anderen o.g. GOP möglich (03110-03112 oder 03120-03122).

## Arztgruppenspezifische Hausärztliche Leistungen im EBM 2008

### Morbiditätszuschlag

neu!!!

<b>GOP 03212</b>	<b>Zuschlag zu den Versichertenpauschalen nach Den GOP 03110 bis 03112 für die Behandlung eines Versicherten mit einer oder mehreren schwerwiegenden chronischen Erkrankung(en)</b>	<b>495 Punkte</b>
------------------	---	-------------------

Zwei Arzt-Patientenkontakte sind Voraussetzung zur Abrechnung. Einer davon muss persönlich sein.

### Weiterhin abrechnungsfähig sind aus dem Hausarztkapitel

GOP 03240	Geriatrisches Basisassessment	370 Punkte
GOP 03241	Auswertung Langzeit-EKG	260 Punkte
GOP 03242	Testverfahren bei Demenzverdacht	55 Punkte
GOP 03321	Belastungs-EKG	565 Punkte
GOP 03322	Aufzeichnung eines Langzeit-EKG	190 Punkte
GOP 03324	Langzeit-Blutdruckmessung	220 Punkte
GOP 03330	Spirographische Untersuchung	170 Punkte
GOP 03331	Prokto-/Rektoskopischer Untersuchungskomplex	240 Punkte
GOP 03332	Zuschlag zu GOP 03331 für die Polypentfernung(en)	160 Punkte
GOP 03335	Audiometrie	250 Punkte

## Arztgruppenübergreifende Allgemeine Leistungen im EBM 2008

### Was hat sich geändert?

#### Leistungen des organisierten ärztlichen Notfalldienstes

GOP 01211  
GOP 01212  
GOP 01217  
GOP 01219

Neue GOP für das Vorhalten einer Besuchsbereitschaft!

#### Besuche

GOP 01415

Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen ... wegen der Erkrankung noch am Tag der Bestellung ausgeführt

Neue GOP!

#### Verwaltungsgebühr

GOP 01430

Verwaltungskomplex

Nicht mehr neben anderen Leistungen im Quartal

#### Telefonberatung

GOP 01435

Gebühr für ausschließlich telefonischen Kontakt im Quartal

Neue GOP!

#### Konsultationen

GOP 01436

Konsultationspauschale

Neue GOP!

Muss abgerechnet werden anstelle der Versichertenpauschalen in folgenden Fällen:

- Zielaufträge
- Überweisungen zur präoperativen Diagnostik
- Hausärztliche Überweisungen zur postoperativen Nachsorge

#### Kleine Chirurgie

GOP 02300 – 02302

Leistungsausweitung!

Bis zu 5 X täglich abrechenbar bei

- Versorgung mehrerer Wunden (ICD: T.01.-)
- Nävuszellnävussyndrom (ICD: D22.-)

#### Sekundär heilende Wunden

GOP 02310

Neue Leistungsanforderung!

3 persönliche Arzt-Patienten-Kontakte

#### Kompressionstherapie

GOP 02313

Neue Leistungsanforderung!

Dokumentation des Beinumfangs an mindestens 3 Messpunkten zu Beginn der Behandlung, dann alle 4 Wochen

## Qualitätszuschlag im EBM 2008

### Neue Leistung!

**GOP 03235**

**Qualitätszuschlag Psychosomatik**

**20 Punkte**

In allen Fällen, in denen die Versichertenpauschalen

GOP 03110 – 03112

oder

GOP 03120 – 03122

abgerechnet werden, kommt dieser Zuschlag zum Tragen. Erkundigen Sie sich, ob dieser Zuschlag von der Kassenärztlichen Vereinigung Ihrer Abrechnung automatisch hinzugefügt wird oder ob Sie die Leistung selbst eintragen müssen!

Voraussetzung ist die Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung psychosomatischer Leistungen.

### Die bisherigen Einzelleistungen

**GOP 35100**

**GOP 35110**

**können von Hausärzten nicht mehr abgerechnet werden!**

## Arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen im EBM 2008

### Kapitel 30 EBM

Hier gibt es für Hausärzte kaum Änderungen:

Die **GOP 30130 (Hyposensibilisierung)** kann von Hausärzten ab dem 1.1.2008 auch **ohne die Zusatzbezeichnung Allergologie** abgerechnet werden!

Die Abrechnung der **GOP 30401 (Intermittierende apparative Kompressionstherapie)** ist jetzt auch für Hausärzte **ohne die Zusatzbezeichnung Phlebologie** möglich!

### Kapitel 31 – 40 EBM

Die Leistungen aus den Kapiteln 31 – 40 für Hausärzte inhaltlich unverändert geblieben.

**Achtung! Portokosten aus dem Kapitel 40 können auch dann berechnet werden, wenn keine Berichte oder Briefe im Behandlungsfall eingetragen, aber versandt wurden.**

## Allgemeine Bestimmungen und Definitionen im EBM 2008

### Änderungen bei den Allgemeinen Bestimmungen

Aufschlag in Höhe von 60 Punkten auf den Ordinationskomplex für Gemeinschaftspraxen entfällt. Auf die Versichertenpauschalen werden keine Aufschläge gewährt.

**Bei versorgungsbereichsübergreifenden Gemeinschaftspraxen** (Beispiel: Hausarzt und fachärztlich tätiger Internist) gilt jedoch, dass die **Versichertenpauschale des Hausarztes und die Grundpauschale des Facharztes** beim selben Patienten im Quartal **abrechenbar** sind, wenn beide Ärzte den Patienten betreuen und/oder behandeln.

### Neue Definitionen in den Allgemeinen Bestimmungen

Neue Definitionen waren erforderlich aufgrund des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG)!

Diese werden allerdings erst zum 1.7.2008 umgesetzt!

#### Arztfall

Ein Patient, ein Quartal, ein Vertragsarzt, eine Krankenkasse

#### Betriebsstättenfall

Ein Patient, ein Quartal, ein oder mehrere Ärzte derselben Betriebsstätte oder Nebenbetriebsstätte, eine Krankenkasse

#### Betriebsstätte

Betriebsstätte ist der Vertragsarztsitz.

Hinweis: Bei überörtlichen Gemeinschaftspraxen muss ein Hauptsitz der Gemeinschaftspraxis bestimmt werden, der dann als Betriebsstätte für alle angeschlossenen Ärzte gilt.

## Anhänge zum EBM im EBM 2008

### Hinweise

Die Anhänge 2, 3 und 4 weisen lediglich marginale Veränderungen auf, die zudem für Hausärzte unerheblich sind.

Der Anhang 1 des EBM wurde hingegen gründlicher überarbeitet. Alle Leistungen, die in der Versichertenpauschale oder in einer anderen GOP enthalten sind, werden dort nun alphabetisch aufgeführt mit dem Verweis darauf, in welchen anderen Leistungen sie nunmehr zu finden sind.