

rationell abrechnen

EBM 2009

Stand 01. November 2008

Ein **ratiopharm Service**
für Ihre Praxis

Die Honorarreform im Überblick
für den Hausarzt



ratiopharm

Gute Preise. Gute Besserung.

Leistungen, die ins Regelleistungsvolumen fallen

Ziffer	Kurzlegende	Punkte
III. Hausärztlicher Versorgungsbereich		
3.2.1 Versichertenpauschale (VP) 1x im Behandlungsfall (kurativ)		
03110	Versicherte bis 5. Lebensjahr	1000
03111	Versicherte 6.-59. Lebensjahr	900
03112	Versicherte ab 60. Lebensjahr	1020
Versichertenpauschale (VP) bei Überweisung durch Hausärzte oder im Vertretungsfall		
03120	Versicherte bis 5. Lebensjahr	500
03121	Versicherte 6.-59. Lebensjahr	450
03122	Versicherte ab 60. Lebensjahr	535
03212	Zuschlag zu VP 03110 bis 03112 chronischer Krankheit Für Schwerpunktdiabetologen bei Überweisung verlängert bis 31.12.09 zu VP 03120-03122	495
3.2.3 Besonders förderungswürdige Einzelleistungen		
03240	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment, 1x im BHF, 2x im KHF	370
03241	Computergestützte Auswertung Langzeit-EKG mind. 18 Stunden	260
03242	Testverfahren bei Demenzverdacht (z. B. SKT, MMST, TFDD)	55
03335	Orientierende audiometrische Untersuchung	250
03332	Zuschlag zu Nr. 03331 für Polypenentfernung(en)	150
03350	NEU Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung eines Kindes ...	255
03351	NEU Orientierende Untersuchung der Sprachentwicklung eines Kindes ...	455
II. Arztgruppenübergreifende Allgemeine Gebührenordnungspositionen		
1.4 Besuche, Visiten		
01410	Besuch eines Kranken	440
01413	Besuch eines weiteren Kranken derselben sozialen Gemeinschaft	215
01414	Visite auf Belegstation, je Pat.	245
01416	Begleitung eines Kranken durch Arzt beim Transport zur stat. Behandlung, je vollendete 10 Minuten	255
01430	Verwaltungskomplex – Wiederholungsrezepte oder Überweisung n. n. VP/BHF	35
2.3 Allgemeine therapeutische Eingriffe		
02310	Behandlung einer/von sekundär heilenden Wunde(n) 1x/BHF	580
02311	Behandlung diabetischer Fuß, je Bein und je Sitzung	395
02312	Behandlungskomplex eines /mehrerer chron. Ven. Ulcera cruris je Bein/Sitzung	155
02313	Kompressionstherapie bei chron. ven. Insuffizienz je Bein/Sitzung	160
2.5 Physikalische therapeutische Leistungen		
02500	Einzelinhalationstherapie je Sitzung	40
02501	Einzelinhalationstherapie mit spez. Verneblersystem je Sitzung	125
02510	Wärmetherapie je Sitzung.	55
02511	Elektrotherapie je Sitzung	30
02512	Gezielte Elektrostimulation, je Sitzung	55
IV. Arztgruppenspezifische bei spezifischen Voraussetzungen berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen		
30130	Hyposensibilisierungsbehandlung	265
30500	Phlebologischer Basiskomplex	465
30501	Verödung von Varizen je Bein höchstens fünfmal im Behandlungsfall	265
30610	Hämorrhoiden-Sklerosierung, höchstens 4x im Quartal	270
30611	Hämorrhoiden-Ligatur, höchstens 4x im Behandlungsfall	525
30712	TENS je Sitzung, max 5 x/Jahr	190

- Die Höhe des Regelleistungsvolumens wird bis Ende des Jahres durch die KV mitgeteilt
- Die Eurowerte zu den Leistungen werden zum Januar 2009 bekanntgegeben
- Die Leistung ist ab Januar 2009 wieder für den HA abrechnungsfähig

Leistungen, die nicht ins Regelleistungsvolumen fallen

Ziffer Kurzlegende Punkte

II. Arztgruppenübergreifende Allgemeine Gebührenordnungspositionen

1.1 Aufwandserstattung für die besondere Inanspruchnahme

01100	Unvor. Inanspruchnahme I zwischen 19 und 22 Uhr ...	555
01101	Unvor. Inanspruchnahme II zwischen 22 und 7 Uhr ...	885
01102	Inanspruchnahme samstags zwischen 7 und 14 Uhr	285

1.2 Versorgung im Notfall und im organisierten Not(-fall)dienst

01210	Notfallpauschale 1x im Quartal/01211 Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft zu Nr. 01210	405/255
01411	Besuch im organisierten Notdienst	1325
01214	Notfallkonsultationspauschale I/01215 Zusatzpauschale zu Nr. 01214	50/100
01216	Notfallkonsultationspauschale II/01217 Zusatzpauschale zu Nr. 01216	330/205
01218	Notfallkonsultationspauschale III/01219 Zusatzpauschale zu Nr. 01218	405/255

1.4 Dringende Besuche

01411	Dringender Besuch zwischen 19 und 22 Uhr ...	1325
01412	Dringender Besuch zwischen 22 und 7 Uhr ... /oder Besuch aus der Sprechstunde	1770
01415	Dringender Besuch in beschützenden Wohnheimen...	1545

1.7 Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Empfängnisregelung

01731	Krebsvorsorge Mann	320
01732	Check up, Gesundheitsuntersuchung	695
01734	Untersuchung auf Blut i. Stuhl	55
01735	Beratung gemäß („Chroniker-Richtlinie“) für schwerwiegend chronisch Erkrankte	230
01740	Beratung Früherkennung des kolorektalen Karzinoms	230
01745	Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs ab dem 35. Lebensjahr	605
01746	Zuschlag zur Ziffer 01732 für die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs	480
01720	Jugendgesundheitsuntersuchung (J1)	790
01820	Wiederholungsrezept, Überweisung, Befundübermittlung Empfängnisregelung	30

1.8 Substitutionsbehandlung (KV genehmigungspflichtig)

01950	Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	100
01951	Zuschlag zu Nr. 01950 an Wochenende, Feiertagen, 24.12./31.12. –	210
01952	Zuschlag für Therapiegespräch zu Nr. 01950, höchstens 4x im Quartal	305

30.7.1 Schmerztherapeutische Versorgung chronisch kranker Patienten (KV Genehmigung)

30.7.3 Körperakupunktur (KV genehmigungspflichtig)

30790	Eingangsdagnostik und Abschlussunters./Körperakupunktur – 1x KHF	1135
30791	Durchführung einer Körperakupunktur, je dok. Ind. bis zu 10x, mit bes. Begr. bis 15x KHF	510
03241	Computergestützte Auswertung Langzeit-EKG mind. 18 Stunden • als Zielauftrag	260

Leistungen der Qualifikationszuschläge (Berechnungsbeispiel siehe Rückseite)

02300	Kleiner operativer Eingriff I	160
02301	Kleiner operativer Eingriff II	365
02302	Kleiner operativer Eingriff III	675
03321	Belastungs-EKG	565
03322	Aufzeichnung Langzeit-EKG mind. 18 Stunden	190
03324	Langzeitblutdruckmessung mind. 20 Stunden	220
03330	Spirographische Untersuchung	170
03331	Prokto-/Rektoskopischer Untersuchungskomplex	240
30200	Chirotherapeutischer Eingriff je Sitzung	150
30201	Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule je Sitzung	200

Kapitel 33 Ultraschall (Auswahl aus dem Beschluss)

33012	Sonographie der Schilddrüse, je Sitzung	240
33042	Sonographie Abdomen ggf. einschl. Nieren, höchstens 2x im Behandlungsfall	445
33061	Sonographie CW-Doppler-Verfahren je Sitzung	305
33076	Sonographische Untersuchung mittels B-Mode-Verfahren, je Sitzung	245
35100	NEU Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	430
35110	NEU Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	430

Beispiel einer Praxis (Fallzahl 1000) für die Qualifikationszuschläge zuzügl. des Regelleistungsvolumens

Nr. Bereich	EMB Ziffer	vorauss. Eurowert der Leistung	mögliche Leistungen		maximaler Quali.-Zuschlag bei 1000 Behandlungsfällen
1. Sonographie					
3,50 Euro/Fall	33012	8,40 Euro	x	50	 3.500 Euro
	33042	15,60 Euro	x	180	
	33061	10,70 Euro	x	15	
	33076	8,60 Euro	x	15	
2. Psychosomatik					
3,00 Euro/Fall	35100	15,05 Euro	x	60	 3.000 Euro
	35110	15,05 Euro	x	130	
3. Prokto/Rektoskopie					
1,00 Euro/Fall	03331	8,40 Euro	x	120	 1.000 Euro
4. Kleinchirurgie					
1,50 Euro/Fall	02300	5,60 Euro	x	80	 1.500 Euro
	02301	12,80 Euro	x	25	
	02302	23,60 Euro	x	10	
5. Langzeit-EKG					
1,00 Euro/Fall	03322	6,60 Euro	x	150	 1.000 Euro
6. Langzeit-RR					
1,00 Euro/Fall	03324	7,70 Euro	x	150	 1.000 Euro
7. Spirometrie					
1,00 Euro/Fall	03330	6,00 Euro	x	165	 1.000 Euro
8. Ergometrie					
1,50 Euro/Fall	03321	19,80 Euro	x	75	 1.500 Euro
9. Chirotherapie					
1,00 Euro/Fall	30200	5,25 Euro	x	95	 1.000 Euro
	30201	7,00 Euro	x	70	

Erläuterung zu den Qualifikationszuschlägen

- Je nach Qualifikationsvoraussetzung erhält der Arzt mehrere oder alle Qualifikationszuschläge (Nr. 1-9), in jedem Falle aber Kleinchirurgie und Spirometrie.
- Die maximale Höhe richtet sich nach der kurativ ambulanten Fallzahl des entsprechenden Quartals 2007, multipliziert mit dem im Qualifikationszuschlag ausgewiesenen Eurobetrag (Bsp: 1000 Fälle x 3 Euro = 3.000 Euro).
- Für jeden Bereich (1-9) sind die jeweilig genannten Einzelleistungen zu erbringen (z. B. Sonographie Abdomen 33042, kalkulatorisch mit 15,60 Euro).
- Der Arzt erhält das Zusatzbudget also nicht automatisch, sondern nur in der Höhe der entsprechenden abgerechneten Leistungen.
- Unterschreitet der Arzt jedoch sein RLV, so kann er die Leistungen der Qualifikationszuschläge mit dem RLV ausgleichen (z. B. der Arzt erbringt mehr Psychosomatische Leistungen nach 35100 und 35110 als das Zusatzvolumen zulässt).
- Die Honorarvolumina der Leistungsbereiche 3. bis 9. Position 03331, 02300 bis 02302, 03322, 03324, 03330, 03321, 30200 und 30201 können jedoch gegenseitig verrechnet werden (z. B. hat der Arzt einen chirurgischen Schwerpunkt, kann er den Überhang der chirurgischen Leistungen mit dem Zusatzvolumen Ergometrie oder Spirometrie ausgleichen).