

# EBM 2017: Das bringt das Jahr für Ärzte

**Neues Jahr, neues EBM-Glück? Auch wenn der Preis für die Leistungen im EBM nur bedingt steigt: Auf Vertragsärzte warten tatsächlich einige neue Ziffern und damit neue Abrechnungsmöglichkeiten. Für Hausärzte könnte sich vor allem die NäPA-Aufwertung lohnen.**

Von Rebekka Höhl



Baustelle EBM: Bereits zum 1. Januar sind einige Neuerungen in Kraft getreten. © mattjeacock/Getty Images/iStockphoto

## Delegation aufgewertet

Um den Einsatz nichtärztlicher Praxisassistentinnen zu fördern, wurden die bisherigen drei NäPA-Ziffern im EBM aufgewertet. Weil es im EBM immer ein wenig komplizierter sein muss, gelingt dies durch eigene Zuschläge für die einzelnen NäPA-Ziffern: Für die NäPA-Pauschale (03060), mit der die Kosten wie Ausbildung und höhere Gehälter abgedeckt werden sollen, ist das die 03061 (12 Punkte), für die Besuchsziffer 03062 die GOP 03064 (20 Punkte) und für die Mitbesuchsziffer 03063 der Zuschlag 03065 (14 Punkte). Immerhin: Die Ziffern gelten seit Januar und werden von der KV automatisch zugesetzt. Die NäPA-Pauschale steigt damit von vorher 2,30 Euro auf nun 3,58 Euro.

**NEU-ISENBURG.** Auf den großen Wurf beim Arzthonorar warten Vertragsärzte auch 2017 vergeblich. Zwar steigt die Gesamtvergütung um rund eine Milliarde Euro, doch die Verteilung des Honorarplus auf verschiedene Töpfe sorgt dafür, dass beim einzelnen Arzt nur bedingt etwas davon ankommt.

Chancen ergeben sich für Vertragsärzte allerdings bei einigen neuen oder aufgewerteten Ziffern im EBM: So wurde etwa bei den Ziffern für die nichtärztlichen Praxisassistentinnen (NäPA) nachgebessert, das erweiterte Kinder-Früherkennungsprogramm in den EBM aufgenommen und die Vergütung für schwere Fälle im Notfall- und Bereitschaftsdienst erhöht. Aber auch das E-Health-Gesetz beschert den Ärzten 2017 neue Abrechnungsmöglichkeiten.

## Honorar wird angepasst

Der Orientierungswert – also der Preis für einen Punkt im EBM – liegt seit Jahresstart bei 10,5300 Cent. Damit ist er im Vergleich zum vergangenen Jahr gerade einmal um 0,9 Prozent gestiegen (10,4361 Cent). Dennoch zehrt seine Erhöhung rund 315 Millionen Euro von der gut eine Milliarden Euro schweren Steigerung der Gesamtvergütung auf.

Für den steigenden Behandlungsbedarf werden die Kassen in diesem Jahr zusätzlich 170 Millionen Euro bereitstellen. Je KV-Bereich sollen zwei regionale Veränderungsraten – eine für die Morbidität und eine für die Demografie – Grundlage der Verhandlungen vor Ort mit den Kassen sein. Denn: Über die genaue Höhe des finanziellen Plus in der jeweiligen Region verhandeln KVen und Kassen auf Landesebene.

Für die extrabudgetären Leistungen wie Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen haben KBV und GKV-Spitzenverband ein Plus von 330 Millionen Euro einkalkuliert.

## 163 Millionen Euro für Arzneiplan

Weil neue gesetzliche Pflichten und damit einhergehende Leistungen nicht immer zum Nulltarif erbracht werden können, müssen die Kassen dieses Jahr 163 Millionen Euro für die Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans bereitstellen. Die zugehörigen EBM-Ziffern, die seit Oktober 2016 gelten, sind allerdings unter Ärzten umstritten: Für die GOP 01630 (Zuschlag zur Versichertenpauschale für die Erstellung eines Medikationsplans) gibt es gerade einmal 39 Punkte bzw. 4,11 Euro – dabei darf die Ziffer nur einmal im Krankheitsfall angesetzt werden und dies mit wenigen Ausnahmen (onkologische Patienten, Schmerzpatienten sowie Patienten mit einer Organtransplantation) auch nur von Hausärzten. Außerdem geht sie mit zwei Minuten in das Quartalsprofil ein, das hat der Bewertungsausschuss noch Ende Dezember beschlossen. Für chronisch kranke Patienten gibt es für Hausärzte hingegen nur einen Zuschlag zur Chronikerziffer: Die GOP 03222/04222 ist mit 10 Punkten (ca. 1 Euro) bewertet und wird von der KV automatisch zugesetzt. Bei den meisten Fachärzten wird der Medikationsplan durch den Zuschlag auf die Grundpauschale abgegolten.

Auch am Quartalsdeckel für die NÄPA-Pauschale wurde etwas gerüttelt: Er wurde von 12 851 auf 23800 Punkte (in Summe für die GOP 03060 und den neuen Zuschlag 03061) nahezu verdoppelt.

Nachgebessert wurde aber ebenso bei den Abrechnungsvoraussetzungen: Seit Januar kann ein Hausarzt bereits dann eine NÄPA genehmigt bekommen, wenn er im Schnitt mindestens 700 Behandlungsfälle je Quartal (vorher: 860) oder alternativ 120 Fälle je Quartal bei Patienten über 75 Jahre (vorher: 160) nachweist. Für Gemeinschaftspraxen gilt, dass künftig je weiterem allgemeinärztlichem Vollzeit-Kollegen 521 Behandlungsfälle hinzukommen müssen (bisher 640) oder alternativ je weiterem Arzt 80 Patienten über 75 Jahren pro Quartal versorgt werden (bisher 120).

Dabei können NÄPA bereits in der Praxis tätig werden, sobald sie mit der notwendigen Fortbildung begonnen haben. – Die eigentlich nur bis Ende 2016 geltende Übergangsregelung wurde im Dezember noch einmal bis Ende 2018 verlängert.

### **Neue Ziffern durchs E-Health-Gesetz**

In diesem Jahr startet die Förderung des elektronischen Arztbriefes. Die extrabudgetäre Förderung von 55 Cent je versendetem E-Arztbrief ist zunächst auf dieses Jahr begrenzt. Dabei müssen sich Sender und Empfänger die Förderpauschale teilen: Der Sender kann die GOP 86900 (28 Cent) und der Empfänger die GOP 86901 (27 Cent) berechnen. Allerdings dürfen Vertragsärzte dann nicht mehr die alten Kostenpauschalen GOP 40120 bis 40126 ansetzen, diese sind für den Post- oder Faxversand reserviert.

Ab April wird es dann auch die im E-Health-Gesetz geforderte EBM-Ziffer für Telekonsile geben – zunächst allerdings nur für radiologische Telekonsile. Dafür sollen vier neue Ziffern geschaffen werden. Für das Einholen einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgen- und/oder CT-Aufnahmen rechnen Ärzte dann die GOP 34800 ab (91 Punkte, 9,58 Euro). Die Befundung wird über drei Ziffern, die extrabudgetär vergütet werden, abgedeckt: eine für Röntgenaufnahmen (GOP 34810; 110 Punkte, 11,58 Euro) und zwei für CT-Aufnahmen (GOP 34820; 276 und GOP 34821, 389 Punkte).

Ab Juli 2017 muss es dann auch eine Ziffer für Video-Sprechstunden im EBM geben. Hier liegt bislang jedoch nur eine Vereinbarung zwischen Kassen und KBV über die technischen Rahmenbedingungen vor.

### **Mehr Geld für Früherkennung**

Seit diesem Monat gilt das erweiterte Früherkennungsprogramm für Kinder. Das heißt, Kinder- und Jugendärzte sollen nun bei der U2 bis U9 stärker primärpräventiv beraten und intensiver auf psychische und soziale Aspekte achten. Dafür wurden die Ziffern für die U2 bis U9 (GOP 01712 bis 01719) deutlich aufgewertet. Ärzte erhalten nun für jede der Untersuchungen rund 42 Euro, vorher waren es nur etwa 32 Euro bzw. 37 Euro für die U7a.

Für das Mukoviszidose-Screening Neugeborener wurde zudem die GOP 01709 (50 Punkte) zum Jahresstart neu in den EBM aufgenommen. Die dreistufige Labordiagnostik wird mit den GOP 01725 bis 01727 abgerechnet.

### **Reform des Notdienstes**

Ab April erhalten Ärzte im Notfall- und Bereitschaftsdienst für besonders schwere Fälle eine höhere Vergütung. Außerdem wird es eine Abklärungspauschale geben, die für Patienten abgerechnet werden kann, die keinen Notfall darstellen und deshalb an die reguläre vertragsärztliche Versorgung verwiesen werden können. Bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft haben die neuen Ziffern zwar nicht zu Jubelschreien geführt (wir berichteten), aber sie sind ein Anfang bei der Notdienstreform.

Drei Schweregradzuschläge sind vorgesehen:

- GOP 01223 – als Zuschlag zur Notfallpauschale 01210 wochentags von 7 bis 19 Uhr, berechnungsfähig in Abhängigkeit bestimmter Diagnosen (etwa bei Pneumonie oder akuter tiefer Beinvenenthrombose); 128 Punkte, einmal im Behandlungsfall.

- GOP 01224 – als Zuschlag zur Notfallpauschale 01212, also in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen; 195 Punkte, einmal im Behandlungsfall.

- GOP 01226 – als Zuschlag zur Notfallpauschale 01212 für Patienten mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit, geriatrischem Versorgungsbedarf oder für Neugeborene und Kleinkinder; 90 Punkte, einmal im Behandlungsfall.

Für die einmal im Behandlungsfall mögliche Abklärungspauschale wird es zwei Ziffern geben: Die GOP 01205 für Patientenkontakte an Wochentagen und tagsüber (45 Punkte) und die GOP 01207 für Patientenkontakte nachts, an Wochenenden sowie an Feiertagen (80 Punkte).

### **Sozialpädiatrischer Zuschlag**

Rund 14 Millionen Euro pro Jahr stehen für die sozialpädiatrische Betreuung bereit. Doch das Vergütungsvolumen wurde bislang nicht ausgeschöpft. Deshalb können Kinder- und Jugendärzte seit Januar den sozialpädiatrischen Zuschlag (GOP 04356) für die Beratung zu weiterführenden Maßnahmen dreimal (bislang zweimal) pro Krankheitsfall abrechnen. Der Zuschlag zur GOP 04355 (Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung) ist mit 195 Punkten bewertet (20,53 Euro) und wird extrabudgetär sowie ohne Mengenbegrenzung vergütet. Kinder- und Jugendärzte benötigen für die Abrechnung jedoch eine Genehmigung ihrer KV .

### **ASV: Rufbereitschaft wird vergütet**

Auch in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) wurde nachgebessert: Ab April können ASV-Teams die 24-Stunden-Rufbereitschaft sowie Qualitätskonferenzen abrechnen. Beide Leistungen sind gleich bei mehreren Erkrankungen Pflicht, so etwa bei der Behandlung gastrointestinaler Tumoren oder gynäkologischer Tumoren.

Für das Vorhalten der 24-Stunden-Rufbereitschaft im Notfall kann einmal je Kalendervierteljahr und Patient dann die GOP 51010 (230 Punkte) angesetzt werden. Für die Qualitätskonferenzen steht ab April die GOP 51011 (15 Punkte) bereit. Allerdings dürfen beide Ziffern nur vom koordinierenden Arzt, dies kann der Teamleiter oder ein anderes Mitglied des Kernteams sein, angesetzt werden.

### **Stufenweise höhere Zuschläge**

Bereits seit 1. Januar gelten höhere Zuschläge für die Kostenpauschalen für Dialyse bei Patienten mit Infektionserkrankungen. Der sogenannte Infektionszuschlag zur Wochenpauschale GOP 40835 wurde auf 60 Euro (vorher 30 Euro), der Zuschlag zu den Einzeldialysen (GOP 40836) auf 20 Euro (vorher 10 Euro) angehoben. Im Januar 2018 sollen die beiden Zuschläge erneut steigen, dann auf 90 bzw. 30 Euro.

### **Neues im Steuerrecht**

- **Lesen Sie am Dienstag** in unserer App-Ausgabe, was sich für Praxisinhaber im Steuer- und Arbeitsrecht 2017 ändert.
- **Die App der „Ärzte Zeitung“** finden Sie im AppStore oder im Google Play Store über die Suche nach „Ärzte Zeitung“. Außerdem ist sie für Desktop-PC im Internet abrufbar unter [www.aerztezeitung.de/app](http://www.aerztezeitung.de/app)

### **Praktische Links**

- **Die Hintergründe** der NäPA-Reform: [www.aerztezeitung.de/922896](http://www.aerztezeitung.de/922896)
- **Medikationsplan** – die KBV hat in einer Praxisinfo die wichtigsten Fragen und Antworten zusammengestellt: <http://tinyurl.com/h3yt7yy>
- **Das neue Notdiensthonorar:** Verbesserung oder Verschlechterung? [www.aerztezeitung.de/925829](http://www.aerztezeitung.de/925829)
- **Was darf in der ASV abgerechnet werden?** Die Antwort gibt eine Übersicht des Instituts des Bewertungsausschusses: <http://institut-ba.de/service/asvabrechnung.html>