



Kassenärztliche  
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

## Umsetzungskonzept

*Abbildung des HA-EBM auf die EBM-  
Schnittstelle (GOS)*

Dezernat 3, 6

10623 Berlin, Herbert-Lewin-Platz 2

Version: 1.40

Datum: 08.08.2013

Freigabe: extern

**ÄNDERUNGSVERZEICHNIS**

Version	Datum	Autor	Änderung	Begründung	Seite
1.40	08.08.2013	KBV	Umwandlung der Versichertenpauschalen in der Arztpraxis durch die Sub-GOP	Bestätigung der Regelungen zur 309. Beschlussfassung	
1.30	26.07.2013	KBV	Abrechnung der Versichertenpauschalen  PFG-Ausschluss  Erläuterung der PFG  Zusammenfassung	Verwendung der altersklassenspezifischen Sub-GOP in der Arztpraxis noch in Klärung  Filterkriterium für Leistungen außerhalb der fachärztlichen Grundversorgung, Realisierung auch über Ausschlüsse  Zuschlag zur VP, Abbildung via „Grundleistungsregel“  wahrscheinliche Szenarien bzgl. der Abrechnung der Versichertenpauschalen, konkrete Festlegung noch offen	
1.20	10.07.2013	KBV	Erläuterung versorgungsbereichsspezifische Grundpauschale und Zusatzpauschale der fachärztlichen Grundversorgung		
1.10	05.07.2013	KBV	Weitergehende Verwendung des Kennzeichen „arztpraxis“ mit Referenz auf Schlüsseltable	Anpassung an finale Beschlussfassung	Fehler! Textmarke nicht definiert.
1.00	01.07.2013	KBV			
0.01	19.06.2013	KBV	neues Dokument		

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>1</b>	<b>HAUSARZT-EBM UND ABBILDUNG ÜBER DIE EBM-SCHNITTSTELLE</b>	<b>4</b>
1.1	Versichertenpauschale .....	4
1.1.1	Technische Abbildung .....	5
1.1.1.1	Sub-GOP .....	5
1.1.1.2	Abrechnung der neuen Versichertenpauschalen .....	5
1.1.1.3	Verwendung im Rahmen von Honorarsimulationen .....	5
1.1.1.4	XML-Beispiel.....	6
1.2	Fachärztliche Zusatzpauschale und PFG-Ausschluss.....	7
1.3	GOP-Art (KBV-/KV-intern).....	7
<b>2</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>9</b>

# 1 Hausarzt-EBM und Abbildung über die EBM-Schnittstelle

## 1.1 Versichertenpauschale

Mit Änderung auf die Schemaversion 1.40 der EBM-Schnittstelle wurden die strukturellen Änderungen des EBM (insbesondere Hausarzt-EBM) mit Inkraftsetzung zum 01.10.2013 schnittstellentechnisch abgebildet, um somit eine bessere EDV-Unterstützung des EBM zu ermöglichen.

Kernelement des Hausarzt-EBM ist dabei die Einführung von nur einer Versichertenpauschale für Haus- (und Kinder-)ärzte im EBM, die altersabhängig vergütet wird. Die folgende Abbildung zeigt beispielhaft die Darstellung der Versichertenpauschale im PDF-Format.

### 03000 Versichertenpauschale

#### *Obligatorer Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes,
- Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, insbesondere auch mit anderen behandelnden Ärzten, nichtärztlichen Hilfen und flankierenden Diensten,
- Einleitung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen,
- Erhebung von Behandlungsdaten und Befunden bei anderen Leistungserbringern und Übermittlung erforderlicher Behandlungsdaten und Befunde an andere Leistungserbringer, sofern eine schriftliche Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, vorliegt,
- Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten,
- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 und der Allgemeinen Bestimmungen,
- Betreuung, Behandlung und Gespräch bis zu 10 Minuten Dauer,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	236 Punkte
ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	150 Punkte
ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	122 Punkte
ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	157 Punkte
ab Beginn des 76. Lebensjahres	210 Punkte

**Abbildung 1: Versichertenpauschale (Beispiel 03000)**

## 1.1.1 Technische Abbildung

### 1.1.1.1 Sub-GOP

Zur Gewährleistung der Abrechnungsprozesse, Abrechnungsstatistik etc. werden die altersabhängigen Bewertungen der Versichertenpauschale in separate Leistungen *differenziert*.

Die Versichertenpauschale selbst ist unbewertet und verfügt über keine Prüf- und Kalkulationszeiten. Sie dient in erster Linie der möglichst einfachen und unbürokratischen Handhabung in der Arztpraxis. Die Zuordnung der Bewertung ist über die Verknüpfung der Versichertenpauschale mit den altersklassenspezifisch bewerteten Zusatzziffern möglich, die im Zusammenhang mit der GOS als Sub-GOP bezeichnet sind.

Die Sub-GOP sind im EBM-Stamm als separate GOP mit Bewertung und Prüfzeiten hinterlegt, sodass hier regelwerkstechnische Prüfungen durch die Praxissoftware als auch durch die kassenärztliche Vereinigung grundsätzlich möglich sind.

### 1.1.1.2 Abrechnung der neuen Versichertenpauschalen

In der Protokollnotiz zur Beschlussfassung gemäß der 309. Sitzung des Bewertungsausschusses heißt es:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird mit Wirkung zum 4. Quartal 2013 im Rahmen der Zertifizierung der Praxisverwaltungssysteme eine neue Vorgabe aufnehmen. Diese Vorgabe verpflichtet die Hersteller von Praxisverwaltungssystemen, die vom Vertragsarzt zu erfassenden Gebührenordnungspositionen 03000, 03010, 04000 und 04010 unmittelbar in Abhängigkeit vom Patientenalter unter Beachtung der Regelung in der Allgemeinen Bestimmung 4.3.5 in die zutreffende altersklassenspezifische kodierte Zusatznummer umzusetzen. In der Abrechnung der Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie im Einzelfallnachweis werden diese kodierten Zusatznummern übertragen. Dies gilt auch für kodierte Zusatznummern im Zusammenhang mit der Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 03220, 03221, 04220 und 04221.“

Dem Wortlaut dieser Protokollnotiz folgend sowie unter Berücksichtigung der anvisierten einfachen und unbürokratischen Abrechnung, würde der Anwender in seiner Abrechnungssoftware jeweils die allgemeine Versichertenpauschale auswählen, die mittels EDV-Unterstützung in die jeweilige Sub-GOP umzuwandeln ist.

Hinweis: aus juristischen Gründen sollte jede Leistungssubstitution für den Anwender transparent sein.

### 1.1.1.3 Verwendung im Rahmen von Honorarsimulationen

Bedingt durch die Umwandlung der Versichertenpauschalen durch die Sub-GOP und der jeweils vorhandenen Prüfzeiten und Bewertungen sind keine weiteren Besonderheiten im Rahmen individueller Statistiken sowie im Zuge von Honorarsimulationen zu berücksichtigen.

	= V	= U	= USE-DOMAIN	= VT	{ } allgemein	{ } bedingung	{ } regel																												
1	03000	74	1.2.276.0.76.5.233	2012-10-10	<input checked="" type="checkbox"/> allgemein	<input checked="" type="checkbox"/> bedingung	<div><div>regul</div><div><div>ausschluss_liste</div><div>sub_gop_liste</div><div>bezugsraum</div><div><div>= V</div><div>= U</div><div>= U-...</div></div><div><div>gnr (6)</div><table><tr><th></th><th>= V</th><th>= DN</th><th>{ } altersbedingung_liste</th></tr><tr><td>1</td><td>03001</td><td>Versichertenpauschale bis 2. Lj</td><td><input checked="" type="checkbox"/> altersbedingung_liste</td></tr><tr><td>2</td><td>03002</td><td>Versichertenpauschale 3. bis 5. Lj</td><td><input checked="" type="checkbox"/> altersbedingung_liste</td></tr><tr><td>3</td><td>03003</td><td>Versichertenpauschale 6. bis 18. Lj</td><td><input checked="" type="checkbox"/> altersbedingung_liste</td></tr><tr><td>4</td><td>03004</td><td>Versichertenpauschale 19. bis 54. Lj</td><td><input checked="" type="checkbox"/> altersbedingung_liste</td></tr><tr><td>5</td><td>03005</td><td>Versichertenpauschale 55. bis 74. Lj</td><td><input checked="" type="checkbox"/> altersbedingung_liste</td></tr><tr><td>6</td><td>03006</td><td>Versichertenpauschale ab 75. Lj</td><td><input checked="" type="checkbox"/> altersbedingung_liste</td></tr></table></div></div></div>		= V	= DN	{ } altersbedingung_liste	1	03001	Versichertenpauschale bis 2. Lj	<input checked="" type="checkbox"/> altersbedingung_liste	2	03002	Versichertenpauschale 3. bis 5. Lj	<input checked="" type="checkbox"/> altersbedingung_liste	3	03003	Versichertenpauschale 6. bis 18. Lj	<input checked="" type="checkbox"/> altersbedingung_liste	4	03004	Versichertenpauschale 19. bis 54. Lj	<input checked="" type="checkbox"/> altersbedingung_liste	5	03005	Versichertenpauschale 55. bis 74. Lj	<input checked="" type="checkbox"/> altersbedingung_liste	6	03006	Versichertenpauschale ab 75. Lj	<input checked="" type="checkbox"/> altersbedingung_liste
	= V	= DN	{ } altersbedingung_liste																																
1	03001	Versichertenpauschale bis 2. Lj	<input checked="" type="checkbox"/> altersbedingung_liste																																
2	03002	Versichertenpauschale 3. bis 5. Lj	<input checked="" type="checkbox"/> altersbedingung_liste																																
3	03003	Versichertenpauschale 6. bis 18. Lj	<input checked="" type="checkbox"/> altersbedingung_liste																																
4	03004	Versichertenpauschale 19. bis 54. Lj	<input checked="" type="checkbox"/> altersbedingung_liste																																
5	03005	Versichertenpauschale 55. bis 74. Lj	<input checked="" type="checkbox"/> altersbedingung_liste																																
6	03006	Versichertenpauschale ab 75. Lj	<input checked="" type="checkbox"/> altersbedingung_liste																																

### Abbildung 2: Regeltyp „sub\_gop\_liste“

#### 1.1.1.4 XML-Beispiel

Das vorliegende XML-Beispiel veranschaulicht die Verknüpfung und Systematik zwischen Versichertenpauschale und den altersklassenspezifischen Sub-GOP.

[illegible]

**Abbildung 3: Verknüpfung zwischen Versichertenpauschale und Sub-GOP**

Die jeweilige Altersbedingung ist direkt in der *sub\_gop\_liste* verknüpft. In Abhängigkeit vom Patientenalter kann somit direkt auf die jeweilige Sub-GOP referenziert werden.

## 1.2 Fachärztliche Zusatzpauschale und PFG-Ausschluss

Für fachärztliche Leistungen, die im Rahmen der Grundversorgung erbracht werden, wurden Zusatzpauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) eingeführt, z.B. 05220. Die Pauschale kann im Behandlungsfall als Zuschlag abgerechnet werden, wenn im Behandlungsfall keine der Grundversorgung untypische Leistungen abgerechnet wurden.

Die Zusatzpauschalen beinhalten die jeweilige Versichertenpauschale als Grundleistungsregel und sind somit eindeutig als Zuschläge identifizierbar.

Um die grundversorgungsfremden Leistungen direkt filtern zu können, sind diese Leistungen über das Attribut (*pfg\_ausschluss* = *true*) gekennzeichnet.<sup>1</sup>

Zusätzlich beinhalten diese, über die fachärztliche Grundversorgung hinausgehenden Leistungen, gegenseitige Ausschlüsse gegen die fachärztlichen Zusatzpauschalen.

## 1.3 GOP-Art (KBV-/KV-intern)

Die GOP-Art wird über das Element *gnr\_type\_cd* definiert. Mit der GOP-Art werden bestimmte Eigenschaften von GOP kategorisiert, die für die interne Verarbeitung an verschiedenen Stellen und Projekten gesondert zu berücksichtigen sind. Ein aktuelles Beispiel findet sich in der Abrechnung des Mammographie-Screenings, um bspw. die regional unterschiedlich gehandhabten Overhead-Kosten richtig interpretieren zu können. Eine zunehmende Bedeutung wird der GOP-Art voraussichtlich im Rahmen der nächsten Umsetzungsstufe des HA-EBM zukommen, wenn wie geplant, die Vergütungssystematik für technikgestützte Leistungen geändert werden sollte.

Um die GOP-Art in Abhängigkeit der diesbezüglichen Entwicklung flexibel und unabhängig von der Schnittstellenversion erweitern zu können, werden die erlaubten Werte nicht mehr durch das Schema selbst, sondern über eine Schlüsseltabelle definiert. D.h. es wurden zwei weitere Attribute (S, SV) neu aufgenommen, die zusätzlich auf die jeweilige Schlüsseltabelle referenzieren.

kv	
= V	74
= S	1.2.276.0.76.5.233
= SV	1.05
kennzeichen	
▼ arztpraxis V=versteckt S=1.2.276.0.76.5.246 SV=1.00	
gnr_type_cd	
= V	DIFF
= S	1.2.276.0.76.5.245
= SV	1.00

Abbildung 4: Abbildung der GOP-Art über das Element *gnr\_type\_cd*

Die GOP-Art ist derzeit optional, wird aber durch die KBV initial für alle GOP ausgeliefert. EBM-Leistungen ohne besondere Merkmale werden dabei standardmäßig mit der GOP-Art „EBM“ belegt. Perspektivisch ist vorgesehen, dass die GOP-Art auch für kv-spezifische Leistungen angegeben wird.

<sup>1</sup> Im Anhang 3 des EBM sind diese Leistungen mit einem \* hinter der Nummer hervorgehoben.

● Inhalte der Schlüsseltabelle	
Code	Bezeichnung
DIFF	Differenzierung
EBM	normale EBM-Leistung
HW	Höchstwerte
LGV	
MOD	Modifizierung (GOP nach einer Ableitung aus einer GOP nach a) bis f))
NEU	kv-spezifische neue GOP ohne Referenz
PSEUDO	Pseudoleistungen (technische Ziffern wie z.B. Ausnahmeziffern Labor und MRSA-Ziffern, Vertragsleistungen nach §73b und §73c SGB V)
TL_BHF+	
TL_BHF1	
TL_EL	

Abbildung 5: Schlüsselwerte für die GOP-Art, grau – derzeit nicht in Verwendung



## 2 Zusammenfassung

Aus technischer Sicht ergeben sich mit dem Hausarzt-EBM keine wesentlichen Änderungen. Während es fachlich betrachtet nur eine Versichertenpauschale für Haus- und Kinderärzte gibt, werden diese technisch wiederum in altersklassenspezifische EBM-Leistungen untergliedert, wie es bislang der Fall war und auch weiterhin der Fall ist.

Um die Abrechnung für den Anwender möglichst komfortabel zu gestalten, soll bei Dokumentation der Versichertenpauschale die Umwandlung in die altersklassenspezifische Sub-GOP in Abhängigkeit des Patientenalters zum Zeitpunkt der ersten Inanspruchnahme im Quartal automatisiert erfolgen (ein manuelles Ansetzen der Sub-GOP soll aus Komfortgründen möglichst vermieden werden).

Anm.: aus juristischen Gründen sowie der Nachverfolgbarkeit durch den Anwender muss die Umwandlung für den Anwender jedoch transparent sein.

Die EBM-Stammdatei wurde speziell erweitert, um diese Logik in einen Automatismus umsetzen zu können. Folgende Verarbeitungsschritte wären im Sinne des HA-EBM zu empfehlen:

- Arzt dokumentiert die Versichertenpauschale, z.B. 03000,
- Automatisierte Umwandlung in die altersklassenspezifische Sub-GOP, z.B. 03001
- Übertragung der 03001 im Rahmen der Abrechnung
- ggf. Zusetzen der Zusatzpauschale im Rahmen der fachärztlichen Grundversorgung (PFG) unter Beachtung der Ausschlüsse im Behandlungsfall,
- ggf. Zusetzen der versorgungsbereichsspezifischen Zusatzpauschalen 03040 bzw. 04040<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Wird im Regelfall durch KV zugesetzt, da nicht alle Voraussetzungen zur Berechnungsfähigkeit dieser Zusatzpauschalen maschinell geprüft werden können