



EBM-Tischvorlage

Pauschalen		
03 000	Versichertenpauschale	12,2-23,6
03 010	Vertretung	6,1-11,8
03 220	Chroniker 1	13
03 221	Chroniker 2	15
03 030	Unvornergesehener Inanspruch.	
03 040	Versorgungspauschale	14
	Fallzahlen, univg. L. u. U.I. 50%	
Diagnostik		
03 360	Genetr. Basisassessment	12,2
	Ab 70 oder P00-P02, G30, G20	
03 362	Ger. Batkomplex, n.o. Fall	15,9
03 324	LZ Blutdruck	220
03 330	Spirometrie	170
03 331	Proktoskopie	240
33 042	Sonographie Abdomen	445
31 010	OP Fähigkeit Kinder	
31 011	OP Fähigkeit < 40. Geburtstag	
31 012	OP Fähigkeit < 60. Geburtstag	
31 013	OP Fähigkeit > 60. Geburtstag	
31 600	Postoperativen. Überweisung	
Prävention		
01 71 X	U3-U9	685
01 720	J1	790
01 732	Check-up	695
01 734	Oocultes Blut im Stuhl	55
01 740	Darmkrebscreening Beratung	230
Palliativmedizin		
03 370	Ersterhebung, Behandlungspl.	34,1
03 371	Palliativzuschlag Komplex	15,9
03 372	Zuschlag Hausbesuch	12,4
03 373	Zuschlag drngg. Hausbesuch	
Labor		
32 030	Streifentest	0,50
32 031	Sediment Ham	0,25
32 057	Blutzucker	
32 042	Blutkörperchensenkung	
Laborsonderziffern		
32 005	Interferontherapie	
32 012	Tumorthherapie	
32 022	Diabetes mellitus	
32 015	Marcumar	
32 018	Dialyse	
32 021	HIV	
32 023	Rheumatische Erkrankungen	
32 014	Substitution Opiatabhängigkeit	
32 006	Meldepflichtige Krankheiten	
Therapie		
35 100	Psychosomatische Diagnostik	
35 110	Psychosomatische Intervention	
03 230	Gespräch n. gall. u. psycho	9,0
30 500	Phlebologischer Basiskomplex	
30 712	TENS Anleitung	
02 313	Kompressionsverband	160
02 300	Wundversorgung ohne Naht	160
02 301	Wundversorgung mit Naht	365
02 302	Wundversorgung Kind	675
02 310	Sekundär	
02 311	Diabetischer Fuß/je Bein, je	395
02 312	Ulcers	

Besuche		
01 410	Besuch	440
01 411	Besuch werktags 19.00-22.00 Sonn-, Feiertag 07.00-19.00 Besuch Dienst	1325
01 412	Besuch dringend Unterbrechung Praxis werktags 22.00-07.00 Sonn-, Feiertag 19.00-07.00	1770
01 413	Mitbesuch	215
01 415	Besuch Heim am Tag der Antio	1545
01 416	Transportbegleitung je 10 Min	255
40 240	Besuch med. Fachangestellte	5,10
40 260	Anschlussbesuch med. Fachangestellte	2,60
Wegekosten		
40 220	Weg < 2 km, Tag	3,20
40 222	Weg 2 bis 5 km, Tag	6,30
40 224	Weg 5 bis 10 km, Tag	9,20
40 190	Weg > 10 km, Tag	10,70
40 226	Weg < 2 km, Nacht	6,30
40 228	Weg 2 bis 5 km, Nacht	9,80
40 230	Weg 5 bis 10 km, Nacht	
40 192	Weg > 10 km, Nacht	14,80
Unzeit/Außerhalb Dienst		
01 100	Werktags 19-22, Sonn-, Feiertags 7-19	555
01 101	Werktags 22-07, Sonn-, Feiertags 19-7	885
01 102	Samstagsprechstunde 7-14	
Dienst		
01 411	Besuch im Dienst	1325
01 210	Dienstpauschale	405
01 211	Besuchsbereitschaft (setzt KV)	255
01 214	2. Kontakt Dienst+ 01215 (50)	100
01 216	2. Kontakt Dienst+ 01217 Werktags 19-22 Sonn-, Feiertags 7-19	330
01 218	2. Kontakt Dienst + 01 219 Werktags 22-7 Sonn-, Feiertags 19-7	405
Muster		
01 611	Med. Reha Muster 61	855
01 620	Muster 41 + 50	85
01 621	Krankheitsbericht Muster 11,53,56	125
01 622	Kurplan Muster 20, 51, 52	235
01 623	Kurvorschlag Muster 25	150
Kosten		
40 120	Porto, Fax	0,55
40 122	Kompaktbrief	1,00
40 124	Großbrief	1,44
40 126	Maxibrief	2,20
40 144	Kopie, Ausdruck	0,13

© Klaus Weckbecker 13.12.2007

Kopie und Weitergabe gewünscht! Angaben ohne Gewähr
Änderungsvorschläge an: Klaus.Weckbecker@gmx.de



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)

Stand: 4. Quartal 2013

Neue Punktwerte ab 01.10.2013



Angleichung des Orientierungspunktwerts und des kalkulatorischen Punktwerts:

	bisher	ab 01.10.2013 „Orientierungswert“
Orientierungs- punktwert	3,5363 Cent	10 Cent
Kalkulatorischer Punktwert	5,1129 Cent	10 Cent



Punktzahlen im EBM werden entsprechend angepasst, um Ausgabenneutralität zu erreichen.

Neue Punktzahlen ab 01.10.2013



Leistung		bisher		ab 01.10.2013	
		(Punktwert 3,5363 Cent)		(Orientierungswert 10 Cent)	
Legende	EBM-GOP	Punktzahl	Euro	Punktzahl	Euro
Unvorherges. Inanspruchn.	01100	555	19,63	196	19,60
Hausbesuch	01410	600	21,22	212	21,20
Kl. Chirurgie	02300	160	5,66	57	5,70
Langzeit-RR	03324	220	7,78	78	7,80

Die neue Struktur:



Alt:

Neu ab 1. Oktober 2013

RLV	RLV +	Freie Leistungen
Versichertenpauschale 03110, 03111, 03112	Versichertenpauschale (03000, 03010, 03030)	Geriatric (03360, 03362)
	Hausärztliche Zusatzpauschale (03040)	Palliative medicine (03370-373)
	Conversation service (03230)	Social pediatrics
Chronic illness surcharge 03212	Chronic illness surcharge 1 (03220)	
	Chronic illness surcharge 2 (03221)	

Versichertenpauschale 03**000**



bis 4. LJ	23,60 €
5. bis 18. LJ	15,00 €
19. bis 54. LJ	12,20 €
55. bis 75. LJ	15,70 €
ab 76. LJ	21,00 €

bisher:

03110 42,08 €

03111 31,12 €

03112 36,07 €

BAG-Zuschlag 10%

Leistungsumfang unverändert (einschl. Betreuung, Behandlung und Gespräch bis zu 10 Minuten Dauer)

Altersklassifizierung in der Vertragssoftware automatisiert

BAG-Zuschlag 22,5%



1. Nicht im organisierten Bereitschaftsdienst
2. Nicht im Vertretungsfall (03010)
3. Nicht, wenn im Behandlungsfall lediglich eine unvorhergesehene Inanspruchnahme:
 - 01100 (Unvorhergesehene Inanspruchnahme 19-22, Sa, So, F: 7-19 Uhr)
 - 01101 (22-7 Uhr und Sa, So, F 19-7 Uhr)
 - 01411 (Dringender Besuch 19-22 und SaSoF 7-19 Uhr)
 - 01412 (Dringender Besuch 22-7 und SaSoF 19-7 Uhr)
 - 01415 (Dringender Besuch im Wohnheim) **dann 03030**
4. Im Behandlungsfall nicht neben 01600 (Ärztlicher Bericht), 01601 (Ärztlicher Brief)

Abrechnung erforderlich!

Vertreterpauschale 03010



bis 4. LJ	11,80 €
5. bis 18. LJ	7,50 €
19. bis 54. LJ	6,10 €
55. bis 75. LJ	7,90 €
ab 76. LJ	10,50 €

**bisher 15,56 €
für 6.-59. LJ (03121)**

- **Nicht im organisierten Bereitschaftsdienst**
- **Im Behandlungsfall nicht neben:**
 1. 01600 (Ärztl.Bericht)
 2. 01601 (Ärztl.Brief)
 3. 03000 (Versichertenpauschale)
 4. 03030 (Vers.pauschale Notfall)
 5. **Keine 03040 (Hausärztliche Zusatzpauschale)!**

Abrechnung erforderlich!



- bei **unvorhergesehener Inanspruchnahme** zwischen 19 und 7 Uhr, Samstag, Sonntag und Feiertag
- entspricht im Leistungsinhalt der derzeitigen 03130 (Vers.pauschale bei unvorhergeseh. Inanspruchn.)
- höchstens zweimal im Behandlungsfall
- 77 Punkte = **7,70 €**

Anmerkung: Vergütung **bisher 16,97 €**

BAG-Zuschlag 22,5%

Abrechnung erforderlich!



- **Im Behandlungsfall nicht neben:**
 - **03000 (Versichertenpauschale)**
 - **03010 (Vertreterpauschale)**
 - **01600 (Ärztl. Bericht)**
 - **01601(Ärztl. Brief)**
- **Nicht im organisierten Bereitschaftsdienst**
- **Keine 03040 (Hausärztliche Zusatzpauschale)!**

Erbringung einer Leistung nach:

- 01100 (Unvorherges.Inanspr. 19-22)
- 01101 (Unvorherges.Innspr. 22-7)
- 01411(Dringender Besuch 19-22)
- 01412 (Dringender Beusch 22-7)
- 01415 (Dringender Besuch Heim)



Abrechnungsbeispiel:

- an einem Dienstagabend, **21:30** Uhr,
- als **unvorhergesehener** Arztpatient-Kontakt **und**
- als im Behandlungsfall **einzig**er **Arzt-Patient-Kontakt** **und**
- außerhalb des organisierten Not(-fall)dienstes.

In einem solchen Fall **muss die 03030 abgerechnet** werden, die 03000 ist nicht erlaubt.



Zusatzpauschale zu:

- **03000** (Versichertenpauschale) und
- **03030** (unvorhergesehene Inanspruchnahme)
- für die **Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags**
- einmal im Behandlungsfall, **140 Punkte = 14 €**

Keine Abrechnung erforderlich!



nicht bei Erbringung
„atypischer“ Leistungen

je Arzt < **400** Behandlungsfälle: -10% Abschlag
je Arzt > **1.200** Behandlungsfälle: +10% Aufschlag

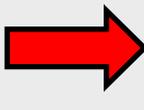
20% Unterschied zwischen Groß- und Kleinpraxis

Ausschluss der hausärztlichen Zusatzpauschale 03040 bei „atypischen“ Leistungen



- **Schmerztherapie** (Abschnitte 30.7.1 und 30.7.2 EBM)
- **Akupunktur** (Abschnitt 30.7.3 EBM)
- **Psychotherapie** (Abschnitte 35.1 und 35.2 EBM)
 - außer Psychosomatik:
 - 35100 (Differentialdiagnost. Klärung psychosom. Erkkg)
 - 35110 (Verbale Intervention psychosomat. Erkkgn)
- **Phlebologie** (Abschnitt 30.5 EBM)
- **Schlafstörungsdiagnostik** (Abschnitt 30.9 EBM)
- **Onkologievereinbarung** (GOP 86510 ff.)
- **Fachärztliche Leistungen** („KO-Katalog“)

Bei „atypischen“ Leistungen keine hausärztliche Zusatzpauschale und keine Chronikerpauschale

 **HIV-Schwerpunktleistungen Abschlag 50%**
spezifische diabetologische Leistungen Abschlag 50%

Vergleich der Versichertenpauschalen

03000 (Verspauschale neu) + 03040 (Hausärztl. Zusatzpauschale neu)
vs. 03110 (Vers.pauschale alt)



	03000 + 03040 ab 01.10.13	Verlust zu 03110 ff. in €	Verlust zu 03110 ff. in %	Verlust bei atypischen Leistungen (keine 03040):
bis 4. LJ	37,60 €	- 4,48 €	- 10,6 %	- 44,0 %
5. – 18. LJ	29,00 €	- 2,21 €	- 7,1 %	- 51,8 %
19. – 54. LJ	(12,20+14=) 26,20 €	- 4,92 €	- 15,8 %	(12,20) - 60,7 %
55. – 75. LJ	29,70 €	- 6,37 €	- 18,7 %	- 56,5 %
ab 76. LJ	35,00 €	- 1,07 €	- 2,9 %	- 41,8 %

Ausführliches Gespräch 03**230**



Problemorientiertes ärztliches Gespräch im Zusammenhang mit einer **lebensverändernden (*nicht definiert) Erkrankung**

Obligater Leistungsinhalt: **mindestens 10 Minuten** Dauer, mit einem Patienten und/oder einer Bezugsperson

je vollendete 10 Minuten: 9 €

Abrechnung erforderlich!

Ausführliches Gespräch 03230



Achtung: Plausifalle! 10 Minuten Dauer!

Budget der Praxis nach EBM: 4,50 € x Anzahl der Behandlungsfälle

Achtung: In Baden-Württemberg ausgesetzt, wird innerhalb des RLV voll vergütet

Neben:

- **03000 (Vers.pauschale)** nur, wenn mind. **20 Minuten** Dauer
- **03010 (Vertreterpauschale)** nur, wenn mind. **15 Minuten** Dauer
- **03371 (Palliativzuschlag)** nur, wenn mind. **25 Minuten** Dauer, aber nicht neben 03370, 03372, 03373
- **35100 und 35110 (Psychosomat. Gespräche)** nicht!
- **30700 (Schmerztherapie)** im Behandlungsfall nicht
- **organisierten Notfalldienst nicht und nicht im Notfall**

Chronikerzuschlag 1 03220



- Zuschlag zu der Versichertenpauschale 03000 zur Behandlung und Betreuung eines Patienten
- mit **mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung**
- **mindestens 1 Arzt-Patienten-Kontakt** im Behandlungsfall
- einmal im Behandlungsfall
- **13 €** (bisher: 17,47 €)

Abrechnung erforderlich!

Chronische Erkrankungen



Vorschläge für ICD-Kodes i. Z. m. GOP 03220/03221 oder 04220/04221 EBM ab 01.10.2013

Voraussetzung für die Abrechnung des Chronikerzuschlags ist das Vorliegen einer lebensverändernden, chronischen Erkrankung und die entsprechende korrekte ICD-Kodierung.

Die nachfolgende Positivliste von ICD-Kodes chronischer Erkrankungen soll für Sie eine Hilfestellung darstellen, für welche ICD-Kodes der Chronikerzuschlag ohne weitere Nachfragen bei der Abrechnung der GOP 03220/03221 oder 04220/04221 EBM akzeptiert wird. Wir haben diese auch an die Softwarehäuser weitergegeben, damit Sie hier eine „maschinelle“ Unterstützung in Ihrem Praxisverwaltungssystem haben. Selbstverständlich sind aber auch andere ICD-Kodes möglich, insbesondere weisen wir darauf hin, dass bei aktuell behandelten Karzinomen, z. B. metastasierendes Mamma-Ca. sowohl der C50.4C für den Primärtumor, C73.3C für die adjuvanten K-Metastasen und bei Erfüllung der Chronizitätskriterien des EBM ggf. zusätzlich Z85.3G (wäre Bestandteil der Liste) ansetzbar ist. Das heißt also, die Liste ist nicht abschließend, ggf. ziehen andere Kodierungen aber Rückfragen der Krankenkassen nach sich.

Akzeptierte ICD-Kodes i. Z. m. GOP 03220/03221 oder 04220/04221 EBM ab 01.10.2013

A15.0	Lungentuberkulose, durch mikroskopische Untersuchung des Sputums gesichert, mit oder ohne Nachweis durch Kultur oder molekularbiologische Verfahren
A15.1	Lungentuberkulose, nur durch Kultur gesichert
A15.2	Lungentuberkulose, histologisch gesichert
A15.3	Lungentuberkulose, durch sonstige und nicht näher bezeichnete Untersuchungsverfahren gesichert
A15.4	Tuberkulose der intrathorakalen Lymphknoten, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert
A15.5	Tuberkulose des Larynx, der Trachea und der Bronchien, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert
A15.6	Tuberkulose Pleuritis, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert
A15.7	Primäre Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert
A15.8	Sonstige Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert
A15.9	Nicht näher bezeichnete Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert
A16.0	Lungentuberkulose, weder bakteriologisch, molekularbiologisch noch histologisch gesichert
A16.1	Lungentuberkulose, bakteriologische, molekularbiologische und histologische Untersuchung nicht durchgeführt
A16.2	Lungentuberkulose ohne Angabe einer bakteriologischen, molekularbiologischen oder histologischen Sicherung
A16.3	Tuberkulose der intrathorakalen Lymphknoten ohne Angabe einer bakteriologischen, molekularbiologischen oder histologischen Sicherung
A16.4	Tuberkulose des Larynx, der Trachea und der Bronchien ohne Angabe einer bakteriologischen, molekularbiologischen oder histologischen Sicherung
A16.5	Tuberkulose Pleuritis ohne Angabe einer bakteriologischen, molekularbiologischen oder histologischen Sicherung
A16.7	Primäre Tuberkulose der Atmungsorgane ohne Angabe einer bakteriologischen, molekularbiologischen oder histologischen Sicherung
A16.8	Sonstige Tuberkulose der Atmungsorgane ohne Angabe einer bakteriologischen, molekularbiologischen oder histologischen Sicherung
A16.9	Nicht näher bezeichnete Tuberkulose der Atmungsorgane ohne Angabe einer bakteriologischen, molekularbiologischen oder histologischen Sicherung
A17.0	Tuberkulose Meningitis
A17.1	Meningeales Tuberkulom
A17.8	Sonstige Tuberkulose des Nervensystems
A17.9	Tuberkulose des Nervensystems, nicht näher bezeichnet
A18.0	Tuberkulose der Knochen und Gelenke
A18.1	Tuberkulose des Urogenitalsystems
A18.2	Tuberkulose peripherer Lymphknoten
A18.3	Tuberkulose des Darms, des Peritoneums und der Mesenteriallymphknoten
A18.4	Tuberkulose der Haut und des Unterhautgewebes
A18.5	Tuberkulose des Auges
A18.6	Tuberkulose des Ohres

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

<http://www.kvbw-admin.de/data/dateiverwaltung/icd-codes-chronikerpauschale.pdf>



- Nur, wenn in den letzten 4 Quartalen (das aktuelle Quartal zählt mit) in derselben Praxis in **mindestens drei Quartalen ein APK**, davon zwei persönlich stattgefunden hat!
 - Bei **Arztwechsel** müssen die Kontakte beim vorherigen Arzt dokumentiert und mit der Zusatznummer 03220H bzw. 03221H nachgewiesen werden!
-
- Nicht neben **03221 (Chronikerzuschlag 2)**
 - nur mit gesichertem ICD-Code der chronischen Erkrankung(en) gemäß **ICD-10-GM** German Modification
 - Nicht neben 03370-03373 (**Palliativmedizin**)
 - I.d.R. nicht bei Erbringung „**atypischer**“ Leistungen



- Zuschlag zu der Versichertenpauschale 03000
- zur Behandlung und Betreuung eines Patienten mit **mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung**
- **mindestens 2 Arzt-Patienten-Kontakte**
- im Behandlungsfall
- einmal im Behandlungsfall
- **15 €** (bisher: 17,47 €)

- **Nicht neben 03220 (Chronikerzuschlag 1)**
- **Ausschlüsse wie 03220**



Voraussetzung: geriatrischer Versorgungsbedarf:

- 1. ab dem 70.** Lebensjahr bei geriatrietypischer Morbidität und/oder Vorliegen einer Pflegestufe
 - Mobilitätsstörung mit Fallneigung und Altersschwindel
 - Komplexe Beeinträchtigung kognitiv, emotional, verhaltensbezogen
 - Frailty-Syndrom (ICD-10-Code R54)
 - Dysphagie
 - Inkontinenz
 - chronisches Schmerzsyndrom
- 2. oder Demenz, Alzheimer, Parkinson mit schwerer Beeinträchtigung vor dem 70. Lebensjahr**



- **Obligater Leistungsinhalt:**
 1. Erhebung/Monitoring der Funktionseinschränkungen
 2. Beurteilung der Selbstversorgungsfähigkeit mittels Testverfahren
 3. Beurteilung der Mobilität und Sturzgefahr mittels Testverfahren
- Keine Zusatzqualifikation
- einmal im Behandlungsfall,
- höchstens zweimal im Krankheitsfall (Kalenderjahr),
- 122 Punkte, **12,20 €**

*Anmerkung: Vergütung bisher (03240) 13,08 €,
ab 01.10.2013 12,20 €, **dafür aber außerhalb des RLV.***



- Voraussetzung: hausärztlich-geriatisches **Basisassessment**, nicht älter vier Quartale
- mindestens **zwei Arzt-Pat.-Kontakte** im Behandlungsfall
- **Obligater Leistungsinhalt:**
 1. Einleitung/Koordination der Behandlung, ggf. Durchführung therapeutischer Maßnahmen zur Behandlung von geriatischen Syndromen
 2. Überprüfung, ggf. Priorisierung und Anpassung aller verordneten Arzneimittel und Selbstmedikation sowie ggf. Überprüfung der Arzneimittelhandhabung
 3. Erstellung und/oder Aktualisierung eines Medikationsplans
- **Keine Zusatzqualifikation**
- **einmal** im Behandlungsfall
- **159 Punkte, 15,90 €**

Abrechnung erforderlich!



03360 (Hausärztlich-geriatrisches **Basisassessment**)

- Nicht neben 03242 (Demenz-Testverfahren, z.B. SKT, MMST, TFDD)
- Nicht neben 03370-03373 (Palliativmedizin)

03362 (Hausärztlich-geriatrischer **Betreuungskomplex**)

- Neben 03000 (Vers.pauschale), 03010 (Vertreterpauschale) oder 03030 (Notfallpauschale) ist in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt notwendig.
- Nicht neben 03370-03373 (Palliativmedizin)



Geriatrie ICD-Diagnosen

Geriatrisches Basis-Assessment: Barthelindex, Timed up and Go

Praxis Dr. Gönitz & Dr. Petermeyer – GBA

##TUNAM

Geriatrisches Basis-Assessment

Patient##TUNAM

Geb.-Dat.: ##GEBDAT (##ALTER)

Adresse: ##STRASSE, ##ORT

Eingabedatum: _____

Wohnform: Pflegeheim Betreutes Wohnen Pflegedienst zu Hause Selbstversorger

Pflegestufe: nein Pflegestufe 0 Pflegestufe 1 Pflegestufe 2 Pflegestufe 3

Gesetzliche Betreuung: nein ja: _____ (Name)

Schwerbehinderung nein ja: _____ (GdB) _____ (Merkzeichen)

Geriatric-Diagnosen:

<input type="checkbox"/> Pflegestufe (Z74.9)	<input type="checkbox"/> Sturzverletzung (R29.8)	<input type="checkbox"/> Gehbehinderung (R26.8)
<input type="checkbox"/> Vasculäre Demenz (F01)	<input type="checkbox"/> Altersschwindel (R42)	<input type="checkbox"/> Dysphagie (R13.9)
<input type="checkbox"/> Alzheimer (F00.9 + G30)	<input type="checkbox"/> Gebrechlichkeit (R54)	<input type="checkbox"/> Harninkontinenz (R32)
<input type="checkbox"/> Parkinson (G20.1/G20.2)	<input type="checkbox"/> Abhängigkeit vom Rollstuhl (Z99.3)	<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz (R15)
<input type="checkbox"/> schlaffe Parese (G81.0)	<input type="checkbox"/> Spastische Parese (G81.1)	<input type="checkbox"/> Altersdepression (F32.9)
<input type="checkbox"/> Gewichtsverlust (R63.4)	<input type="checkbox"/> Mangelnde Körperpflege (R46.0)	<input type="checkbox"/> Immobilität (R26.3)

Barthel Index

Essen	Unabhängig, ist selbständig, benutzt Geschirr und Besteck Braucht etwas Hilfe, z.B. Fleisch oder Brot schneiden Nicht selbständig, auch wenn og. Hilfe genutzt wird	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
Beiß/Rollstuhl/Transfer	Selbständig ohne fremde Hilfe Geringe Hilfe oder Beaufsichtigung erforderlich Einmalige Hilfe beim Transfer; Liegeverbleib Liege-Sitz selbständig Nicht möglich	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
Waschen	Unabhängig beim Waschen von Gesicht und Händen, Kämmen, Zähneputzen Nicht selbständig bei og. Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
Toilettenbenutzung	Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (incl. Reinigung) Benötigt Hilfe z.B. wegen unzureichenden Gleichgewichts, oder bei der Kleidung/Reinigung Kein Toilette-Nachstuhl nicht benutzen	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
Baden	Unabhängig bei Voll- oder Duschen in allen Phasen der Tätigkeiten Nicht selbständig bei og. Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
Gehen auf Flurebene bzw. Rollstuhlfahren	Unabhängig beim Gehen über 50 m, Hilfsmittel erlaubt, nicht Gehwagen Geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich; kann mit Hilfsmittel 50 m weit gehen Nicht selbständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbständig bedienen, min. 50 m Nicht selbständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
Treppensteigen	Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen) Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen Nicht selbständig, kann auch mit Hilfe nicht eine Treppe steigen	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
An- und Auskleiden	Unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett- oder Bruchband) Benötigt Hilfe, kann aber 50% der Tätigkeit selbst Nicht selbständig, auch wenn og. Hilfe genutzt wird	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
Urinkontrolle	Ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung des DK/Cystostk. Ständig kontinent, max. einmal/Woche inkontinent Häufigerständig inkontinent	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
Stuhlinkontrolle	Ständig kontinent, max. einmal/Woche inkontinent Häufigerständig inkontinent	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
SUMME		_____

Timed Up and Go Test

Die Person sitzt auf einem Stuhl mit Armlehnen. Auf Aufforderung soll sie sich - ohne fremde Hilfe - erheben, eine Strecke von 3 m gehen, umkehren und sich wieder setzen. Dabei darf sie Hilfsmittel wie eine Gehstütze verwenden.	<input type="checkbox"/> < 10 Sekunden: Alltagsmobilität un eingeschränkt <input type="checkbox"/> 11-19 Sekunden: geringe Mobilitätseinschränkung, i.d.R. noch ohne Alltagsrelevanz <input type="checkbox"/> 20-29 Sekunden: stützungsbedürftige, funktionell relevante Mobilitätseinschränkung <input type="checkbox"/> > 30 Sekunden: ausgeprägte Mobilitätseinschränkung
ZEITBEDARF	_____

ICD-Dokumentation zur Abrechnung geriatrischer Leistungen im EBM 2013

Abrechnung Geriatrie-Ziffern vor dem 70. Geburtstag nur bei Vorliegen (von):

- F00.9* Demenz bei Alzheimerkrankheit (G30.9†),
- F01.9 Vasculäre(r) Demenz,
- F02.3* Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom (G20.-†)
- F02.8* Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern
- G20.10 M. Parkinson mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung
- G20.20 M. Parkinson mit schwerster Beeinträchtigung

Abrechnung Geriatrie-Ziffern sonst nur ab dem 70. Geburtstag bei Vorliegen (von):

- einer Pflegestufe (nicht KV-technisch erfassbar, ICD z.B. Z74.8 „Sonst. Probleme m. Bez. a. Pflegebedürftigkeit“)

und/oder

- Geriatrischer Morbidität (mindestens ein nachfolgendes geriatrisches Syndrom)
 - R26.8 Multifaktoriell bedingte Mobilitätsstörung
 - R29.6 Fallneigung
 - R42 Altersschwindel,
 - R32 Harninkontinenz
 - R15 Stuhlinkontinenz
 - R13.9 Dysphagie
 - therapieresistiblem chronischem Schmerzsyndrom:
 - R52.2 Schmerzen, chronisch bzw.
 - F45.41 Schmerzstörung, chronisch, somatische + psychische Faktoren,
 - G30.9† Alzheimer Erkrankung
 - G20.10 M. Parkinson mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung
 - G20.20 M. Parkinson mit schwerster Beeinträchtigung
 - Komplexe Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Art,
 - F00.9* Demenz bei Alzheimerkrankheit (G30.9†),
 - F01.9 Vasculäre Demenz,
 - F02.3* Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom (G20.-†)
 - F02.8* Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern
 - F03 Demenz,
 - F06.9 Hirnorganisches Psychosyndrom,
 - F29 Psychose
 - F32.9 Depression
 - F69 Verhaltensstörung und/oder
 - F79.9 Intelligenzminderung,
 - R41.3 Gedächtnisstörung und/oder
 - Frailty-Syndrom = Kombination von
 - R63.4 unbeabsichtigtem Gewichtsverlust,
 - R53 körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung,
 - M62.50 muskulärer Schwäche (ggf. G72.9 Myopathie),
 - R26.8 verringerter Ganggeschwindigkeit und
 - R68.8 verminderter körperlicher Aktivität,

Minimal Mental / Uhrentest

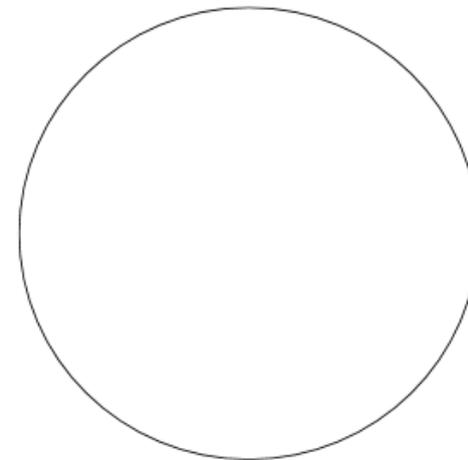


Name des Patienten:
 Jahrgang:
 Datum der Testung:
 Name des Untersuchers:

Mini Mental-Status (aus: CERAD-Plus Testbatterie)	Falsch 0	Richtig 1	Nicht beurteilbar
1. Welches Jahr haben wir? 2. Welche Jahreszeit? 3. Den wievielten des Monats? 4. Welcher Wochentag ist heute? 5. Welcher Monat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. In welchem Land sind wir? 7. In welchem Kanton? 8. In welcher Ortschaft? 9. Auf welchem Stockwerk? 10. An welchem Ort (Name oder Adresse) befinden wir uns hier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Bitte sprechen Sie mir nach: "Zitrone", "Schlüssel", "Ball" 12. 13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Bitte buchstabieren Sie das Wort PREIS rückwärts (S) 15. (I) 16. (E) 17. (R) 18. (P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Welches sind die drei Wörter, die Sie sich merken sollten? 20. 21.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Was ist das? (Armbanduhr) 23. Was ist das? (Bleistift)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Sprechen Sie nach: "Bitte keine Wenn und Aber." 25. Lesen Sie bitte was auf diesem Blatt steht und führen Sie es aus! (auf dem Blatt steht: „Schliessen Sie Ihre Augen“).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gebe Ihnen nun ein Blatt Papier: 26. Nehmen Sie das Blatt Papier in Ihre rechte Hand, 27. falten Sie es mit beiden Händen und 28. legen es dann auf Ihren Schoß!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Schreiben Sie bitte irgendeinen vollständigen Satz auf dieses Blatt Papier!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Hier ist eine Figur. Bitte zeichnen Sie diese Figur auf dem gleichen Blatt Papier ab!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktzahl Total			

Name des Patienten:
 Jahrgang:
 Datum der Testung:
 Name des Testers:

Bitte zeichnen Sie eine Uhr!



Bezeichnen Sie die Zeit auf Ihrer Uhr so, wie sie z.B. in einem Fahrplan stünde:





- für die Behandlung **schwerstkranker und sterbender** Patienten in jedem Alter, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden Erkrankung leiden
- **Nicht neben:**
 - Chroniker-Zuschlägen (03220, 03221)
 - problemorientiertem Gespräch (03230)
 - geriatrischer Versorgung (03360, 03362)
 - SAPV-Leistungen

Palliativmedizinische Versorgung



GOP	Leistung	Punkte	€
03370	Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan – einmal im Krankheitsfall (= aktuelles u. die drei folgenden Quartale)	341	34,10
03371	Zuschlag zur Versichertenpauschale 03000 für die palliativmedizinische Betreuung in der Arztpraxis – mindestens 15 Minuten – einmal im Behandlungsfall – nicht neben 03372 und 03373	159	15,90
03372	Zuschlag zu 01410 oder 01413 (Besuche) für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit – mindestens 15 Minuten, je vollendete 15 Minuten – Höchstwert am Behandlungstag: 620 Punkte – nicht neben 03371 und 03373	124	12,40
03373	Zuschlag zu 01411, 01412, 01415 (dringende Besuche) für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit – je Besuch – nicht im Notfall – nicht neben 03371 und 03372	124	12,40

Die neuen GOP im Überblick, die abgerechnet werden müssen:



GOP		Beschreibung
03-	000	Versichertenpauschale
	010	Vertreter-/Überweisungspauschale
	030	Versichertenpauschale Notfall
	220	Chronikerzuschlag: 1 APK im Behandlungsfall
	221	Chronikerzuschlag: 2 APK im Behandlungsfall
	230	Ärztliches Gespräch
	360	Geriatrisches Basisassessment
	362	Geriatrischer Betreuungskomplex
	370 – 373	Palliativmedizin

03-040 Hausärztliche Zusatzpauschale wird automatisch zugewiesen.

Cave: Plausibilitätsfalle!



- Chroniker 1 (Prüfzeit in Minuten)
- Chroniker 2
- Ärztliches Gespräch

0322 0	Zuschlag zur GOP 03000 zur Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung	KA	15	Nur Quartalsprofil
0322 1	Zuschlag zur GOP 03000 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung	KA	179	Nur Quartalsprofil
0323 0	Problemorientiertes ärztliches Gespräch im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung	KA	10	Tages- und Quartalsprofil



Die KBV kalkuliert entspannt: 13.638 Praxen mit Honorarverlust!



TOP 4 – Sachstand zur EBM-Weiterentwicklung • 5. Juli 2013 • Seite 25

KBV

Umsetzung der Ziele im Hausarzt-EBM Auswirkungen auf die einzelnen Praxen

Verteilung der Veränderungen

Anzahl Praxen mit Rückgang			Anzahl Praxen mit neutraler Veränderung plus/minus 1%	Anzahl Praxen mit Zuwachs			Summe
größer 10%	zwischen 5% und 10%	zwischen 1% und 5%		zwischen 1% und 5%	zwischen 5% und 10%	größer 10%	
1.424	4.460	7.754	8.690	18.186	1.964	189	42.647
3%	10%	18%	20%	43%	5%	0%	100%

Die neuen Versichertenpauschalen

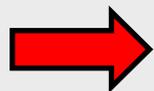


Zerschlagung der hausärztlichen Versichertenpauschalen
durch **Ausgliederung von Leistungsbestandteilen** ohne
zusätzliches Honorar

Folge: *drastischer Honorarrückgang z.B. bei Grippewelle und
für Praxen mit vielen jungen Versicherten*

Aus der Versichertenpauschale ausgegliedert werden jetzt
aber nur die versorgungsbereichsspezifische Grundpauschale
und das ausführliche Gespräch

nicht aber z.B. das EKG;



*noch schwieriger, die Minderung der
Versichertenpauschale durch Einzelleistungen
(Hamsterrad) wettzumachen*

Kompensationsmöglichkeiten?



Modellrechnung aus dem LV Nordrhein:

➤ Zum Ausgleich der Verluste aus der Versichertenpauschale bräuchte eine Modellpraxis im RLV

1. den *Chroniker-Zuschlag* 03220/03221 und

2. in etwa **2/3 der Behandlungsfälle** die Gesprächsziffer 03230 (*wer schafft das? Die alte „10“ wurde in etwa 1/3 der Fälle abgerechnet*)

➤ also:

Das Hamsterrad zur Erbringung anderer Einzelleistungen muss schneller laufen!



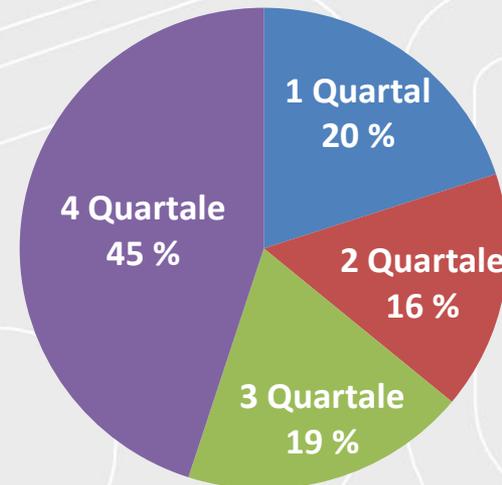
Problem Chronikerzuschlag



Bericht der Ärztezeitung vom 19./20. Juli 2013

Nur 45% der Chroniker-Patienten suchen die Praxis über vier Quartale kontinuierlich auf. 64% Prozent der Chroniker haben mindestens drei Kontakte in ihrer Hausarztpraxis.

*Besuchsfrequenz von
Chronikern in Hausarzt-
praxen nach Zahl der
Quartale in den Jahren
2011/2012*



→ Dies trifft laut aktuellen Daten derzeit nur bei **60%** der Behandlungsfälle zu. **Die neuen Chronikerzuschläge 03220 und 03221 werden unter den Abrechnungsvoraussetzungen ab 01.10.2013 deutlich seltener abrechenbar sein als die alte Chronikerziffer 03212.**

Problem: Das RLV bleibt!



Zur Klarheit:

Das Regelleistungsvolumen der Praxis bleibt auch unter dem neuen EBM unverändert, es muss ab dem 1. Oktober aber mit einem irrwitzigen bürokratischen Aufwand gefüllt werden!

Angekündigte Änderungen zum 1. Juli 2014



- **Ausgliederung weiterer Leistungen** aus der Versichertenpauschale, z.B. **EKG** als Einzelleistung für voraussichtl. 5,13 € (also für die ärztliche Leistung der Indikationsstellung, Ableitung und Auswertung)
- Aufnahme eines „**Gesamtkonzeptes** zur geriatrischen, palliativmedizinischen und sozialpädiatrischen Versorgung“
- Neuberechnung der Praxiskosten als Kalkulationsgrundlage für die Einführung von **Strukturzuschlägen** zur Finanzierung der Fixkosten

Dieser Hausarzt-EBM ist der falsche Weg!

❖ **Strategisch falsch:**

- ▶ Weitreichende strukturelle Veränderung ohne Anlass und
- ▶ zu wenig Geld für zu viel neue Leistungen

❖ **Handwerklich schlecht:**

- ▶ Mehr Bürokratie in den Praxen
- ▶ Die einzelnen Leistungen müssen erbracht, abgerechnet (angesetzt) werden
- ▶ Plausibilitätsfalle durch unklare Leistungslegenden

❖ Einziger Trost: (zu wenig) **neues Geld für**

- ▶ **Geriatric**
- ▶ **allgemeine ambulante Palliativversorgung**
- ▶ **Sozialpädiatrie**
- ▶ **zusätzliche Finanzmittel hierfür von nur 124 Mio. Euro/Jahr bundesweit**

Dafür hätte es keiner Umstrukturierung bedurft!

KBV-VV vom 20.9.2013

Kompromissantrag: **30 ja, 26 nein, 3 Enthaltungen**



- **Die Vertreterversammlung der KBV unterstützt nochmals die mit der Reform der haus- ärztlichen Leistungen im EBM zum 1. Oktober 2013 verbundenen Strukturziele.**
- Gleichwohl sieht sie in der Ausgestaltung dieser EBM-Reform unvermeidlichen **dringenden Nachbesserungsbedarf**, um eine Verbesserung der hausärztlichen Versorgung mit diesen Strukturzielen zu erreichen.
- Deshalb wird der Vorstand der KBV beauftragt, unmittelbar in Verhandlungen im Bewertungsausschuss bzw. Erweiterten Bewertungsausschuss einzutreten, um notwendige Änderungen zum nächstmöglichen umsetzbaren Zeitpunkt zu erreichen.
- Wird diesen notwendigen Änderungen zum EBM seitens der gesetzlichen Krankenkassen im Bewertungsausschuss bzw. im Erweiterten Bewertungsausschuss **bis zum 30. November 2013** nicht zugestimmt, bringt die Ärzteseite einen Beschlussantrag in den Bewertungsausschuss bzw. Erweiterten Bewertungsausschuss ein, der **die Aussetzung des sogenannten Hausarzt-EBM zum 31. Dezember 2013 vorsieht.**
- Zur Identifikation des Nachbesserungsbedarfs werden die von der Vertreterversammlung der KV Berlin am 19. September 2013 beschlossenen Forderungspunkte herangezogen. In einer zeitnahen Vertreterversammlung der KBV wird beraten, wie die weitere EBM-Entwicklung von der Vertreterversammlung der KBV mitgestaltet und transparent bewertet

Forderungen zur Nachbesserung



- Bei der gleichzeitigen Ansetzung der Versichertenpauschale und eines ärztlichen Gesprächs dürfen nur 10 Minuten Kontaktzeit angesetzt werden.
- Abrechnung der hausärztlichen Strukturpauschale (03040) auch bei Urlaubs- und Krankheitsvertretungen und bei Überweisungen innerhalb des hausärztlichen Versorgungsbereichs
- Innerhalb des RLV keine Budgetierung des hausärztlichen Gesprächs. Abrechenbarkeit der Gesprächsleistung nicht nur bei „lebensverändernden“ Erkrankungen, sondern wann immer dieses Gespräch erforderlich ist.
- Überprüfung der Zu- und Abschläge auf die Vorhaltepauschale für kleine und große Praxen
- Rückkehr zur bisherigen Definition chronisch Kranker bei der Abrechnung des Chronikerzuschlags
- Keine Schlechterstellung von Hausärzten in fachübergreifenden Gemeinschaften



- Fallzahlabhängige Zu-/Abschlagsregelung der GOP 03040 und 04040 (Kinderärzte) – Einbeziehung selektivvertraglicher Fälle in die Zählung:
- bitten wir Sie, der KVBW die **selektivvertraglichen Fälle** mittels Angabe der **Pseudo-GOP 88192** auf einem gesondert anzulegenden Abrechnungsschein mitzuteilen. Dies **ermöglicht der KVBW die Einbeziehung selektivvertraglicher Fälle in die Zählung und verhindert ggf. einen 10%-Abzug (unter 400 Fälle)** bzw. führt zu einem 10% Aufschlag (mehr als 1200 Fälle) und ist für die Berücksichtigung im Laborbudget bereits möglich.
 - Es handelt sich hierbei **selbstverständlich um eine rein freiwillige Meldung (10% entsprechen einem Leistungsbedarf von € 1,40 pro Fall).**
 - **Maximal 399 Fälle x 1,40 Euro = 558,6 Euro**
 - **03040 140 Pkt.=14 Euro, Hausärztl. Zusatzpauschale**



Haben Sie noch Fragen zum neuen EBM?

Es gibt eine Alternative ...



Da hat der Deutsche Hausärzteverband doch ein gutes Kontrastprogramm...

Pauschale 1 (kontaktunabhängig pro Jahr, 65.- Euro)	Pauschale 2 (kontaktabhängig pro Quartal, max. 3 x 40.- Euro)
Pauschale 3 (Zuschlag für chronisch kranke Patienten, max. 4 x 25 bis 30.-* Euro)	Vorhaltezuschläge, Einzelleistungen, ergebnisabhängige Zusatzvergütung

Viel zusätzliche Vergütung ... und wenig Bürokratie



Honoraranlage im AOK-HZV-Vertrag seit 01.07.2013

Leistung	Vergütung	Bürokratie/ neue Honorarsystematik
Vertreterpauschale (20 EUR / Quartal)	↑	keine
Zuschlag Rationale Pharmakotherapie (bis zu 4,50 EUR / Quartal)	neue Struktur ↑	keine
Zuschlag Impfen (bei Quotenerreichung 3 EUR auf P1)	↑	keine
Multimorbiditätspauschale P4 (15 EUR / Quartal) (ab 01.10.2013)	zusätzlich	keine
Pflegeheimpauschale P5 (15 EUR / Quartal)	zusätzlich	0008 abrechnen
Kooperationszuschlag Facharztverträge nach § 73c (4 EUR / Versichertenteilnahmejahr)	zusätzlich	Einschreibung in § 73c-Facharztebene
VERAHmobil (300 EUR / Quartal)	Voraussetzung Beschäftigung einer VERAH und Leasing eines VERAHmobils	

Viel zusätzliche Vergütung ... und wenig Bürokratie



Honoraranlage HZV-Vertrag Bosch BKK und BKK VAG ab 01.01.2014

Leistung	Vergütung	Bürokratie/ neue Honorarsystematik
Vertreter- und Zielauftragspauschale (je 20 EUR / Quartal)	↑	keine
Zuschlag Rationale Pharmakotherapie (bis zu 4 EUR / Quartal)	neue Struktur ↑	keine
Zuschlag Impfen (4 € /Quartal) (laut BKK-HzV-Ziffernkranz abrechenbare und dokumentierte Impfleistung)	↑	keine
Erweiterung der bisherigen P3 (um die AOK P4 Diagnosen)	somit P3 für mehr Patienten abrechenbar	keine
Pflegeheimpauschale P5 (15 EUR / Quartal)	zusätzlich	0008 abrechnen

BOSCH BKK UND BKK VAG

ERWEITERUNG P3 DIAGNOSEN



Zukünftig ergeben sich **19 Krankheitsgruppen** mit insgesamt **698 Diagnosen** welche die **P3** auslösen:

1. Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ
2. Chronische Nierenkrankheit
3. Chronischer Schmerz
4. Diabetes mellitus mit Komplikationen
5. Chronische Erkrankungen der Leber
6. Chronische Erkrankungen der Lunge
7. Hypertonie mit Komplikationen, renovaskuläre Hypertonie
8. Kardiologische Erkrankungen
9. Metastasen
10. Neurologische Erkrankungen
11. Arthrose des Kniegelenks, des Hüftgelenks, der Beckenregion oder des Oberschenkel
12. Osteoporose mit pathologischer Fraktur, sonstige pathologische Frakturen
13. Mittelgradige/Schwere Depression
14. Zustand nach Transplantation
15. Brustkrebs
16. Rheumatoide Arthritis, Spondylosis ankylosans, Psoriasis-Arthropathie
17. Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
18. Dekubitus
19. Demenz/Organische psychische Störungen



Die hausarztzentrierte Versorgung refinanziert sich!



Dr. C. Hermann

*Dies hat die **AOK Baden-Württemberg**
eindeutig nachgewiesen und im August 2013
in der Bundespressekonferenz in Berlin
vorgestellt.*

Die Finanzierung des AOK-Hausarztvertrags (HZV) in Baden-Württemberg 2012

**HZV-Ausgaben insgesamt
280 Mio. Euro**

**Wirtschaftliche
HZV-Effekte
durch...**

... entfallene
KV-Einzelleistungen
ca. 20 Mio. Euro

... vermiedene
Krankenhausausgaben
ca. 40 Mio. Euro

... rationalere
Arzneimitteltherapie
ca. 40 Mio. Euro

190 Mio. Euro für die HZV
werden von KV-Pauschalüberweisungen
abgezogen

**Summe der HZV-Effekte:
ca. 100 Mio. Euro**

Daten – Stand: 13.08.2013