



Foto: Worawut – stock.adobe.com

Die „kleine“ Reform

EBM-Reform ab 1. April 2020

Von Ursula Klinger-Schindler

Die Überarbeitung des EBM zum 1. April 2020 lässt sich in zwei wesentliche Bereiche unterteilen. Dies sind zum einen ausgewählte strukturelle Änderungen, die auf das Nötigste reduziert wurden. So finden sich in ausgewählten Facharztkapiteln wie im Bereich Hautarzt, Neurologie, Psychiatrie, Innere Medizin ganz neu in den EBM aufgenommen Leistungen. Andere Fachgruppendisziplinen wie die Gynäkologie und auch Pathologie haben umfangreichere strukturelle Anpassungen erfahren.

Anpassung der EBM Bewertung

Die betriebswirtschaftliche Kalkulationsgrundlage wurde über den Gesamt-EBM angepasst, was die einzelne EBM Leistung betrifft. Derzeit ist sie noch in einem 380 Seiten umfassenden Werk auf der Basis der Punktzahlen angegeben. Der neue Punktwert ab 1. Januar 2020 ist mit 10,8226 Cent im September zwischen KBV und GKV festgelegt worden. Ebenfalls steht der ca. 1.600 Seiten umfassende gültige EBM beim Institut Bewertungsausschuss im Internet bereits zur Verfügung. Jedoch derzeit ohne Bewertung. Die Arbeiten an einer Lesefassung sind bereits in vollem Gange.

Absenkung der Leistung

Im Vordergrund stand bei der Bewertungsrelation die Angemessenheit der Bewertung von Leistungen zu aktualisieren. Das bedeutet konkret eine Absenkung der technischen Leistungen bei gleichzeitiger Anhebung der Vergütung der sprechenden Medizin. Im Bereich der Nuklearmedizinischen und Radiologischen Leistungen wird dies besonders deutlich. So wird das Kapitel der nuklearmedizinischen Leistungen um 10 % abgesenkt, ebenfalls die Leistungen des Abschnittes Ultraschall. In der Radiologie müssen die Radiologen eine Absenkung der CT-Leistungen um 10 %, bei den MRT sogar um 20 % hinnehmen. Ebenfalls um 5 % werden die MRT-Angiographien abgesenkt.

Aufwertung der Leistung

Ziel der Reform war es für eine größere Honorargerechtigkeit zwischen und innerhalb der Arztgruppen sorgen, damit Ärzte und Psychotherapeuten ihre Praxen wirtschaftlich führen können. So wurde der Abschnitt 35 des EBM um 25 % aufgewertet. Der Umfang der Aufwertung von EBM-Leistungen wird in den einzelnen Fachbereichen am deutlichsten. Die in der ►Abbildung auf S. 46 dargestellte Übersicht zeigt die Aufwertung

Lange mehrjährigen Verhandlungen – kleines Ergebnis. KBV und der GKV-Spitzenverband haben sich am 12. Dezember 2019 auf eine „kleine“ EBM-Reform zum 01.04.2020 geeinigt. Seit 16. Dezember 2019 ist der rund 2.000 Seiten umfassende Beschluss im Internet beim Institut Bewertungsausschuss abrufbar. Bis zur Umsetzung zum 01. April 2020 ist nun Zeit, sich mit den Änderungen auseinander zu setzen und Anpassung in Praxisadministration und Ablauf anzupassen.

Keywords: Gesundheitspolitik, Abrechnung, Finanzierung

der fachgruppenspezifischen Beratungsleistungen, welche an eine Mindestzeit von je 19 Minuten gebunden sind, und diejenigen Fachrichtungen, die Beratungsleistungen in ihren Facharzt-EBM Kapiteln enthalten.

Plausibilitätszeiten um 30 % gesenkt

Die Überprüfung der Zeitansätze aller Leistungen im EBM in Bezug auf die Plausibilität in Vergleich mit der Kalkulation ergab, dass die zuletzt mit der EBM-Reform 2005 festgeschriebenen Zeiten um durchschnittlich 30 % ge- ►

senkt wurden. Durch die Absenkung der Kalkulationszeiten geht natürlich kein Vergütungsvolumen verloren. Ausgenommen von der neuen Zeitenbelegung waren Leistungen mit Mindestangaben wie sie in Gesprächsleistungen oder Anästhesien festgeschrieben sind.

Strukturelle Änderungen

Im Rahmen der „kleine Reform“ bleibt der Aufbau des EBM unverändert. Dies ist bereits in der EBM Reform von 2005 so angelegt worden, und wird im Kapitelaufbau I bis VII deutlich. So können weiterhin innerhalb der Facharztkapitel 03 bis 27 beliebig fachgruppenspezifische Leistungen aufgenommen und gestrichen werden - ohne, dass es eines gesamten neuen EBM bedarf. Ebenfalls bewährt hat sich in Kapitelstruktur der fachgruppenübergreifenden Leistungen der Abschnitte II und IV, sodass ganze Unterabschnitte neu in den EBM aufgenommen werden können. Die Möglichkeit und Zuordnung der Abrechnung neuer Abschnitte wird nach wie vor über die Präambel am Beginn des Abschnittes festgeschrieben. Ebenfalls bestehen bleiben die Regeln zu Ausschlüssen im Gebührenordnungswerk als Anmerkungen im kursiven Text im Anschluss an den Text der Leistungslegende, deren obligate Leistungsanteile erbracht und in der Dokumentation niedergeschrieben werden müssen.

Rückblick EBM Reform

Die nun zum 1. April 2020 kleine EBM-Reform hat seine gesetzliche Verankerung bereits im Jahr 2012. Hier würde zur Stärkung der hausärztlichen Grundversorgung zum 1. Oktober 2013, unter anderem durch Einführung einer Zusatzpauschale für die Wahrnehmung des hausärzt-

lichen Versorgungsauftrags, gefördert. Zudem wurden neue Leistungen zur geriatrischen und zur allgemeinen palliativmedizinischen Versorgung eingeführt:

- Zur Stärkung der fachärztlichen Grundversorgung wurde die Einführung der PFG – der Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung festgeschrieben.
- Die Aktualisierung der Dialysesachkostenpauschalen sowie der ärztlichen Betreuungsleistungen wurde zum 1. Juli 2013 vorgenommen.
- Der Orientierungswert und kalkulatorischer Punktwert sind zum 4. Quartal 2013 auf 10 Cent je Punkt angehoben worden.

Zweite Stufe der EBM-Reform

Mit dem jetzt gefassten Beschluss mit Gültigkeit zum 1. April 2020 wird die zweite Stufe der EBM-Reform umgesetzt. Weitere Anpassungen stehen noch aus. Hier vordergründig zu nennen sind die strukturellen Anpassungen im Bereich ambulantes Operieren oder der Strahlentherapie.

Fachgruppenübergreifende Änderungen zum 1. April 2020

Samstagssprechstunde

Damit Vertragsärzte Patienten auch am Samstagnachmittag Sprechstunden anbieten können, wird der Zeitraum der Berechnungsfähigkeit der GOP 01102 von bisher 07:00 Uhr bis 14:00 Uhr auf 07:00 Uhr bis 19:00 Uhr ausgedehnt. Die hierfür definierte GOP 01102 ist mit 10,93 Euro bewertet. Der Ausschluss der GOP 01102 neben GOP 01100, 01101, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01410 bis 01412, 01415, 01418 bleibt gemäß Anmerkung bestehen.

Liposuktion

Die operative Fettabsaugung bei einem Lipödem im Stadium III wird

Kassenleistung – Grundlage war ein GBA-Beschluss. Mit G-BA Beschluss soll schon vor Studienabschluss den am stärksten betroffenen Versicherten (nur Lipödem im Stadium III) eine regelhafte operative Behandlung ermöglicht werden. Neu sind hierbei „Befristungen“ im EBM. Die Aufnahme der Leistung ist befristet bis 31. Dezember 2024.

Muster 55

Das Muster 55 Zuzahlungsbefreiung Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gemäß §62 SGB V GOP 01610 ist Bestandteil der Versichertenpauschale. Sie ist nun auch als alleinige Leistung, ohne gleichzeitigen Ansatz einer Grund- oder Versicherungspauschale im Behandlungsfall, berechnungsfähig.

Proktologie GOP 30600

Die GOP 30600 Proktologische Untersuchung kann nun durch alle Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Proktologie berechnet werden und ist nicht mehr an Fachärzte für Chirurgie, Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie, Fachärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Fachärzte für Innere Medizin und Fachärzte für Urologie gebunden.

Abschnitt 2.1 Infusionen, Transfusionen, Reinfusionen

Da es sich bei der GOP 02112 (Reinfusion) um die Gabe von Eigenblut oder Eigenplasma handelt, stellt dies eine Retransfusion anstelle einer Reinfusion dar. Dementsprechend erfolgten Änderungen im Titel des Abschnitts 2.1, in der Legende der GOP 02112 sowie im Anhang 1 und 3 zum EBM.

Die Gesprächsleistungen im EBM werden höher bewertet :

- GOP 03230: 128 Punkte/14,06 Euro (alt: 90 Punkte/9,89 Euro)
- GOP 04230: 128 Punkte/14,06 Euro (alt: 90 Punkte/9,89 Euro)
- GOP 04430: 128 Punkte/14,06 Euro (alt: 90 Punkte/9,89 Euro)
- GOP 30944: 128 Punkte/14,06 Euro (alt: 90 Punkte/9,89 Euro)

Die Gesprächsleistungen der Kapitel 14, 16, 21, 22 und 23 angeglichen:

- GOP 14220: 154 Punkte/16,92 Euro (alt: 136 Punkte/14,94 Euro)
- GOP 16220: 154 Punkte/16,92 Euro (alt: 90 Punkte/9,89 Euro)
- GOP 21220: 154 Punkte/16,92 Euro (alt: 136 Punkte/14,94 Euro)
- GOP 22220: 154 Punkte/16,92 Euro (alt: 108 Punkte/11,87 Euro)
- GOP 22221: 154 Punkte/16,92 Euro (alt: 90 Punkte/9,89 Euro)
- GOP 23220: 154 Punkte/16,92 Euro (alt: 108 Punkte/11,87 Euro)

Abb: Übersicht über die Aufwertung der fachgruppenspezifischen Beratungsleistungen

Blutgasanalyse

Bei den Einzelleistungen nach den GOP 04536, 13256 und 36884 sowie den Teilleistungen in der GOP 13250, die dieselbe Leistung (Bestimmung des Säure-Base-Haushaltes und Blutgasanalyse) beschreiben, erfolgt eine Angleichung des obligaten Leistungsinhaltes. Bei den GOP 13256 und 36884 wird darüber hinaus die Leistungslegende angeglichen. Zudem werden analog Änderungen bei den GOP 04530 und 13661 vorgenommen.

Ausschluss

fachgruppenspezifischer Onkologiepauschalen

In der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)) ist geregelt, dass die Zusatzpauschalen für die Behandlung und/oder Betreuung von onkologischen Erkrankungen nach den GOP 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315 im Behandlungsfall nicht neben den Kostenpauschalen 86510, 86512, 86514, 86516 und 86520 gemäß Anhang 2 der Onkologie-Vereinbarung berechnet werden können. Um die

Abrechnungsausschlüsse deutlich zu machen, werden zur Erhöhung der Transparenz die Aufnahme einer Anmerkung ebenso bei den GOP 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315 aufgeführt.

Neue Kostenpauschalen

In den GOP 13250 und 13258 werden die Kosten für die Testsubstanzen der allergologischen Basisdiagnostik gestrichen. Kosten für Allergietestungen sind über die neue Kostenpauschale 40351 im Abschnitt 40.7 berechnungsfähig.

Kapitel 33 Ultraschalldiagnostik

Umfangreiche Änderungen mit Auswirkungen auf unterschiedliche Fachgruppen gibt es auch im Abschnitt 33 Ultraschalldiagnostik. So ging aus der GOP 33080 nicht eindeutig hervor, dass es sich immer nur um die Ultraschalldiagnostik von Teilen der Haut handelt. Zudem sind zur Untersuchung der Haut einerseits und des subkutanen Gewebes einschließlich Lymphknoten andererseits gemäß der Ultraschallvereinbarung unterschiedliche

Schallköpfe vorzuhalten. Daher wurde die bisherige Leistungslegende „Sonographische Untersuchung der Haut und Subkutis mittels B-Mode-Verfahren“ geändert in „Sonographische Untersuchung von Teilen der Haut und/oder Subkutis und/oder der subkutanen Lymphknoten mittels B-Mode-Verfahren“. Um eine Abrechnung der GOP 33080 auch für Vertragsärzte, die keinen Schallkopf für die Untersuchung der Haut vorhalten, zu ermöglichen, erfolgt die Aufnahme einer zweiten Anmerkung zur GOP 33080. Sie hat nun zum Inhalt, dass bei Nichtvorhalten des Schallkopfes für die Haut entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen ein Abschlag in Höhe von 12 Punkten auf die GOP 33080 vorzunehmen und die Prüfzeit um eine Minute zu reduzieren ist. ■

Ursula Klinger-Schindler

Fachdozentin für
ärztliches Abrechnungswesen
und Fachbuchautorin
Unternehmensberatung
für Klinik und MVZ, Berlin



Wegbereiter Ambulanz- und Abrechnungs- management

Spezialkompetenz: ASV & Wahlleistung

||| Ursula Klinger-Schindler
Fachdozentin ärztl. Abrechnungswesen

Kontakt

Ursula Klinger-Schindler, Konstanzer Straße 6, 10707 Berlin
Mobil: 0171 – 97 58 350, Tel.: 030 – 88917783, Fax: 030 – 88917782
E-Mail: u.klinger@abrechnungseminare.de, www.abrechnungseminare.de