

Wer sind die Gewinner der Reform?

Die Hürden der EBM-Reform in den Fachbereichen der Onkologie und Gynäkologie

U. Klinger-Schindler

Zum 1. April 2020 trat nach mehrjährigen Verhandlungen der Facharzt-EBM in Kraft. KBV und der GKV-Spitzenverband haben sich am 12. Dezember 2019 auf eine „kleine“ EBM-Reform geeinigt. Der Artikel soll die Hürden der EBM-Reform in den Fachbereichen der Onkologie und Gynäkologie vertiefen, da beide Fachgebiete nicht nur in persönlichen Ermächtigungen, sondern auch in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung betroffen sind.

Der rund 2.000 Seiten umfassende Beschluss ist im Internet beim Institut Bewertungsausschuss seit dem 16. Dezember 2019 abrufbar. Inzwischen steht im Internet auf der Seite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung der neue EBM zum 1. April 2020 bereit und zwar mit allen Änderungen und Neubewertungen (in Punkten und Euro).

Bei näherem Durchforsten aller EBM-Neuerungen ergeben sich für diverse Fachbereiche der Fachärzte für Gynäkologie und Fachärzte Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Onkologie erhebliche Neuerungen.

Aufwertung der 35100/35510

Zum Ausgleich der Honorargerechtigkeit zwischen und innerhalb der Arztgruppen, wurden vor allen Dingen die sprechende Medizin aufgewertet. Das betrifft auch den Abschnitt 35 des EBM, der um 25 % aufgewertet wurde. Diese Aufwertung betrifft jedoch auch Onkologie/Hämato-logie sowie die meisten gynäkologisch tätigen Ärzte in der Klinikambulanz. So wurde die GOP 35100 Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände (Mindestzeit 15 Minuten) von 16,70 € auf 21,21 € aufgewertet. Ebenso betroffen ist die GOP 35110 Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen. Eine nicht unwichtige Änderung, da ge-

rade die 35100/35110 in beiden Fachgruppen die einzige Gesprächsleistung darstellt, vorausgesetzt die Zusatzqualifikation der Psychosomatik ist vom Arzt erworben worden. Wichtig dabei ist, auf die genaue Zeitdokumentation zu achten. Doch Vorsicht, hier lauert bei der Abrechnung eine bei vielen Ärzten unbekannte Plausibilitätsfalle. In der Kombination der Grundpauschale mit der GOP 35100 und 35110 wird die Quartalsplausibilität der Grundpauschale zur Tagesplausibilität. In der Kombination mit GOP 35100 und 35110 birgt sie damit 25 Minuten, die nicht nur dokumentiert, sondern auch durch den Arzt erbracht werden müssen. Etwaige Sonographieleistungen mit eigenen Minutenanteilen erweitern das Zeitvolumen nach oben. Dies regelt die zweite Anmerkung zur 35100 im EBM.

Änderung Praxisklinische Betreuung

Erfreuliche Neuerungen im Abschnitt 1.5 Ambulante Betreuung und Nachsorge wurden eng gereiht mit der enormen Abwertung des

Kapitels. Um 10 % werden die Leistungen der Betreuung und Nachsorge abgesenkt. Die Auswirkungen auf das Honorar ab 1. April 2020 sind in ► Tabelle 1 dargestellt.

Ursache oder Einfluss für die Abwertung ist unbekannt, kann aber auch an den inzwischen mehr als 800 ASV TEAMS, die inzwischen zugelassen sind und deren zusätzlichen Abrechnungsmöglichkeiten, liegen. Zudem werden die GOP 01510 bis 01512 (Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung) in die Präambel 25.1 der Strahlentherapie aufgenommen und werden zukünftig auch bei Durchführung durch den Strahlentherapeuten honoriert.

Subkutane Gabe jetzt abrechnungsfähig

Bislang war die Beobachtung und Betreuung eines Patienten bei der subkutanen Gabe von Trastuzumab nicht nach dem EBM berechnungsfähig. Um diese Behandlung besser abzubilden, wird der zweite Spiegelstrich des obligaten Leistungsinhalts der GOP 01510 bis 01512

GOP	Überwachung	ab 1.4.2020	bis 31.03.2020
01510	Ambulante Betreuung 2 Stunden	48,67 Euro	55,16 Euro
01511	Ambulante Betreuung 4 Stunden	95,81 Euro	104,39 Euro
01512	Ambulante Betreuung 6 Stunden	142,72 Euro	154,22 Euro
01514	Valmanase alfa	48,67 Euro	55,16 Euro
01516	Fingolimod	142,72 Euro	154,26 Euro

Tab. 1: Auswirkungen der EBM auf die Leistungen der Betreuung und Nachsorge.

im Abschnitt 1.5 des EBM angepasst und eine neue Anmerkung aufgenommen. Nun ist für die subkutane Gabe von Trastuzumab bei der ersten Injektion die GOP 01512 und bei allen weiteren Injektionen die GOP 01510 bzw. 01511 berechnungsfähig. Doch Vorsicht, auch hier ist, ähnlich wie bei den intravenösen Zytostatika-Verabreichungen, auf eine genaue Dokumentation des zeitlichen Umfanges von mehr als 2, 4 oder 6 Stunden der Überwachungszeit zu achten. Die Therapie mit monoklonalen Antikörpern erfordert bei bestimmten Medikamenten eine längere Infusions- und Überwachungsdauer als sie bisher im EBM berechnungsfähig ist. Hier greifen oftmals unbegründete MDK-Prüfungen. Durch Anpassung der ersten Anmerkung zu den GOP 01510 bis 01512, kann nun in begründeten Ausnahmefällen für eine Behandlung mit monoklonalen Antikörpern auch die GOP 01512 (Dauer mehr als 6 Stunden) berechnet werden. Vermeiden Sie in jedem Falle Dokumentationen wie 10 Uhr bis 16 Uhr oder 10 Uhr bis 12 Uhr. Die Überwachungszeiten sollten aus Plausibilitätsgründen möglichst genau handschriftlich notiert werden.

Ultraschalleistungen – Änderungen in der Onkologie

Hier hat die Aufhebung eines Abrechnungsausschlusses für eine Neuerung gesorgt. So ist die GOP 33081 zur onkologischen Kontrolle generalisierter LK-Veränderungen und/oder von Erkrankungen des Lymphsystems geeignet, ihre Berechnung war jedoch in derselben Sitzung neben der GOP 33042, 33040 und 33011 ausgeschlossen. Dieser wechselseitige Berechnungsausschluss wurde nun zum 1. April 2020 aufgehoben. Zudem wird der Ansatz der GOP 33081 neu definiert. So kann die GOP 33081 künftig ausschließlich zur onkologischen

Kontrolle von weiteren Lymphknotenregionen bei Patienten mit mindestens einer der folgenden ICD-Diagnosen C81.- bis C96.- berechnet werden. So ist dann die 33081 neben den GOP 33011, 33040 und 33042 in der Sitzung einmal berechnungsfähig.

Zudem gibt es eine Neuaufnahme im Kapitel 33 Ultraschall. Die Sonographie mit Kontrastmitteln ist deutlich zeitaufwändiger im Vergleich zur klassischen Echokardiographie und Sonographie des Abdomens. Da der Mehraufwand derzeit im EBM nicht adäquat abgebildet ist, erfolgt die Aufnahme eines Zuschlags zu der in der Onkologie häufig erbrachten Abdomensonographie GOP 33042 bei Durchführung mit Kontrastmittel. So kann seit dem 1. April 2020 die GOP 33046 für die Durchführung mit Kontrastmitteleinbringung(en) neben der GOP 33044 berechnet werden.

Wieder da: Aderlass

In den EBM-Reformen der späten 90er Jahre wurde der Aderlass von der Einzelleistung in den Anhang 1 der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen verschoben. Seitdem ist die Aderlass-Therapie Bestandteil der Versicherten- und Grundpauschalen und nicht gesondert berechnungsfähig. Der Bewertungsausschuss hat hier eine weitere Änderung angepasst und zur Abbildung des zeitlichen Aufwands bei der Durchführung der Aderlass-Therapie diese den Fachärzten für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie als neue Einzelleistung GOP 13505 mit 18,13 € in Abschnitt 13.3.4 aufgenommen. Sie kann allerdings nur bei Patienten mit Diagnose Polycythaemia vera (ICD-10-GM: D45) und/oder Hämochromatose (ICD-10-GM: E83.1) neben den Grundpauschalen nach den GOP 13490 bis 13492 berechnet werden.

Weitere neue Leistungen

Ebenfalls neu im Abschnitt 13.3.4 aufgenommen ist die GOP 13507 und die 08347 im Abschnitt 8 Gynäkologie zur Erörterung der Besonderheiten des biomarkerbasierten Tests zur Entscheidung für oder gegen eine adjuvante systemische Chemotherapie beim primären Mammakarzinom. Dies ist auf die Änderung und Aufnahme am 20. Juni 2019 einer neuen Nummer 30 „Biomarkerbasierte Tests beim primären Mammakarzinom“ in die Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) zurückzuführen. Sie sind je vollendete 5 Minuten berechnungsfähig und unterliegen einem Höchstwert von 5x im Krankheitsfall. Die mit 7,14 € bewertete Leistung setzt in ihrem obligaten Leistungsinhalt den persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt und die Überprüfung der Indikation oder aber auch die Mitteilung und Erörterung des Testergebnisses voraus. Die entsprechenden biomarkerbasierten Testverfahren wurden für qualifizierte Pathologen in den Abschnitt 19.4.5 des EBM aufgenommen.

Abklärungskolposkopie/ Primärscreening

Zu sehr umfangreichen EBM-Änderungen kam es im Bereich der Mutterschaftsvorsorge und der Krebsfrüherkennung im Bereich der Basisversorgung des EBM. So wird zukünftig auch die Förderung der Teilnehmerate am Chlamydien-Screening durch eine neue Leistung GOP 01823 honoriert. In der Feindiagnostik des pränatalen Ultraschalls wird der bisherige Abrechnungsausschluss der GOP 01773 und der GOP 33042 (Abdomensonographie) aufgehoben. Ebenfalls sind die Abrechnungsausschlüsse der GOP 33021, 33022, 33043, 33060, 33061, 33063 und 33070–33075 im Therapiefall neben der GOP 01774 bzw. 01775 aufgehoben worden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 22. November 2018 Änderungen der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL) und der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) beschlossen. Die oKFE-RL gibt seit 1. Januar 2020 altersdifferenzierte Untersuchungs- und Behandlungspfade zur Früherkennung des Zervixkarzinoms vor. Eine entsprechende Anpassung im EBM hat bereits zum 1. April 2020 stattgefunden. Für die mit 65 € honorierte Leistungsposition GOP 01765 sind folgende Kriterien durch den Gynäkologen nach zu weisen:

- Nachweis von mindestens 100 Kolposkopen mit abnormen Befunden von Portio, Vagina und Vulva
- Mindestens 30 histologisch gesicherte Fälle intraepithelialer Neoplasien oder invasiver Karzinome aus den letzten 12 Monaten
- „Persönlicher Einzelnachweis“ zur Erfassung der Untersuchungszahlen

Zudem besteht die Nachweispflicht der Teilnahme an einem 8-stündigen

Basiskolposkopiekurs und einem 14-stündigen Kurs für Fortgeschrittene. Das Kolposkop muss zudem mindestens über zwei Vergrößerungsstufen zwischen 7- und 15-fach sowie über eine Lichtquelle verfügen. Hierbei müssen analoge Geräte eine direkte binokulare Befundung/ Beurteilung ermöglichen. Das Formular erhalten interessierte Gynäkologen bei ihrer Kassenärztlichen Vereinigung. Da das Untersuchungsgerät in vielen Kliniken vorgehalten wird, besteht hier eine neue Chance, eine persönliche Ermächtigung für diese Spezialleistung zu beantragen.

Fazit

Nach Durchforstung aller EBM-Änderungen kann man in wenigen Teilbereichen von einer Weiterentwicklung sprechen. Kassenverbände und Kassenärztliche Bundesvereinigung haben sich in diversen Kapiteln um neue Leistungen bemüht. Gewinner der Reform dürften in erster Linie die Gynäkologen mit den umfangreichen neuen Leistungen sein. Reagiert werden muss allerdings an allen Krankenhäusern, die in ihren MVZs (Medizinischen

Versorgungszentren) die betroffenen Fachgruppen vorhalten, aber auch alle diejenigen, die sich bereits in der Entwicklungsstruktur der onkologischen ASV-Ambulanzen befinden. Hier muss ab April vor allen Dingen auf die Überarbeitung der Appendix als Abrechnungsanlage geachtet werden, welche der neuen Leistungen bereits aufgenommen und abrechnungsfähig ist.

Schlüsselwörter:

Abrechnung, Finanzierung, Gesundheitspolitik

Korrespondenzadresse:

Ursula Klinger-Schindler
 Fachdozentin ärztliches Abrechnungswesen und Fachbuchautorin,
 Unternehmensberatung für Klinik und MVZ
 Konstanzer Str. 6
 10707 Berlin
<https://www.abrechnungsseminare.de/>

Ursula
Klinger-Schindler

