



Es handelt sich bei diesem Text um ein wegen der besseren Lesbarkeit leicht redigiertes Redemanuskript – zu einem am 10.3.2020 in Nürnberg gehaltenen Vortrag. **Urheberrechte für Texte und Folien** liegen allein bei Frank Welz und sind jederzeit zu beachten.

Vortragsskript von
Dipl. Ing. **Frank Welz**

Der neue EBM 2020 und seine betriebswirtschaftlichen Auswirkungen

basierend auf der Tagung
,MVZ im Dickicht von TSVG und neuem EBM‘
der RS Medical Consult GmbH
Nürnberg - 10. März 2020



Es war mir aufgetragen, mit Ihnen zusammen den „EBM 2020 & seine betriebswirtschaftlichen Auswirkungen“ zu betrachten. Vorweg kann ich schon sagen: so schlimm, wie die Sache vielerorts diskutiert wird, ist sie nicht. Es ist jedoch wichtig, dass man sich einmal mit den Änderungen auseinandersetzt, die Knackpunkte kennt, und weiß, wie man eine Strategie entwickelt, damit umzugehen. Das ist momentan die wichtigste Aufgabe.

TEIL 1 – Skript erstellt am 23. März

Schwerpunkt:

Übersicht der Änderungen

sowie Anpassung der Prüf- & Kalkulationszeiten und ihre Folgen



Es handelt sich bei diesem Text um ein wegen der besseren Lesbarkeit leicht redigiertes Redemanuskript – zu einem am 10.3.2020 in Nürnberg gehaltenen Vortrag. **Urheberrechte für Texte und Folien** liegen allein bei Frank Welz und sind jederzeit zu beachten.

Rechtsgrundlagen der EBM-Reform

(Quelle: KBV, Konzertierte Aktion 31.01.2020)



METHODIK

EBM-Weiterentwicklung vor dem Hintergrund des TSVG

„Der Bewertungsausschuss hat die nächste Überprüfung [...] und die anschließende Aktualisierung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen spätestens bis zum 29. Februar 2020 mit der Maßgabe durchzuführen, insbesondere die Angemessenheit der Bewertung von Leistungen zu aktualisieren, die einen hohen technischen Leistungsanteil aufweisen.“

Gesetzesbegründung: „Mit der Neufassung des § 87 Absatz 2 Satz 3 sollen die Rationalisierungsreserven insbesondere bei dem Einsatz von medizinisch-technischen Geräten im EBM zugunsten von Verbesserungen von zuwendungsorientierten ärztlichen Leistungen („sprechenden Medizin“) genutzt werden. [...] Hierbei kann eine Konzentrierung auf Arztgruppen oder Leistungen mit einem hohen technischen Leistungsanteil (z. B. Strahlentherapie und Nuklearmedizin, Labor, Radiologie oder Humangenetik) erfolgen.“

- › Absenkung der technischen Leistungen bei gleichzeitiger Förderung der sprechenden Medizin.
- › Forderung der Kassen nach einer Absenkung des Leistungsbedarfs um mehr als 10 % konnte abgewehrt werden. Ziel der KBV (Absenkung um ca. 6 %) konnte nicht erreicht werden.

KBV TOP 3 EBM-WEITERENTWICKLUNG
KONZERTIERTE AKTION AM 31. JANUAR 2020

SEITE 12

FOLIE 2 - Ich fange einmal damit an: Nach TSVG ist der Bewertungsausschuss beauftragt, eine Umbewertung im EBM vorzunehmen, insbesondere Leistungsbewertungen zu aktualisieren, die einen hohen technischen Leistungsanteil aufweisen. Sprich, den Ärzten, die diese Leistungen erbringen, Geld wegzunehmen, und es der sprechenden Medizin zur Verfügung zu stellen. Hier sind in der Begründung des Gesetzes besonders Strahlentherapie und Nuklearmedizin, Labor, Radiologie und Humangenetik genannt. Bei der Betrachtung der EBM-Überarbeitung werden Sie aber feststellen, dass man gerade bei den meisten dieser Fachgruppen wenig angefasst und viele Änderungen noch auf die längere Bank geschoben hat.

Die Folie, die Sie hier sehen, entstammt der Konzertierten Aktion. Es sind original KBV-Folien, die ich mir erlaubt habe, mit entsprechender Kennzeichnung einzubauen, damit es nicht notwendig ist, die Argumentation abzuschreiben. Und so sehen Sie auch, wie das Thema von der KBV vorgetragen wird.

Es würde an dieser Stelle jeglichen zeitlichen Rahmen sprengen, wenn ich alle Änderungen des EBM mit Ihnen durchsprechen würde. Ich kann also nur beispielhaft auf die wichtigsten Dinge eingehen (~ Folie 3):

- Aktualisierung der Allgemeinen Bestimmungen des EBM
- Strukturelle Änderungen
- Aktualisierung ausgewählter Leistungen und Leistungslegenden
- Änderung der Kalkulations- und Prüfzeiten
- Aufwertung der Gesprächsleistungen der Haus- und Fachärzte
- Abwertung technischer Leistungen und Kostenpauschalen der Haus- und Fachärzte

Umfangreich ist zunächst die Aktualisierung der Allgemeinen Bestimmungen des EBM. Da finden Sie neuerdings alle möglichen Begriffe, die früher im Bundesmantelvertrag/Ärzte nachgelesen werden mussten. Tatsächlich haben sich die Allgemeinen Bestimmungen im Umfang fast verdoppelt. Dafür haben Sie jetzt im EBM alles beieinander. An den beschriebenen Sachverhalten ändert sich jedoch wenig.



Es handelt sich bei diesem Text um ein wegen der besseren Lesbarkeit leicht redigiertes Redemanuskript – zu einem am 10.3.2020 in Nürnberg gehaltenen Vortrag. **Urheberrechte für Texte und Folien** liegen allein bei Frank Welz und sind jederzeit zu beachten.

Wir haben zudem strukturelle Änderungen im EBM, die nicht auf den ersten Blick auffallen. Ich zeige Ihnen nachher ein paar sehr markante davon, d.h. die Vertragspartner der gemeinsamen Selbstverwaltung haben an der Leistungsstruktur der Kapitel gearbeitet. Ausgewählte Leistungslegenden und Nebenbestimmungen sind aktualisiert worden. Ganz wichtig, hier bereits thematisiert: Die Kalkulations- und Prüfzeiten wurden geändert. Zudem wurde natürlich auch der Auftrag des Gesetzgebers hinsichtlich der Umbewertung von Gesprächsleistungen und technischen Leistungen im bestimmten Umfang umgesetzt.

EBM-Reform und Plausibilitätsprüfung



Rechtsgrundlagen: EBM, Richtlinien nach § 106d SGB V, Prüfvereinbarungen der KVen

Allgemeine Bestimmungen des EBM:

„1.7 Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung

Die im Anhang 3 aufgeführten Kalkulationszeiten werden unter Berücksichtigung des Komplexierungs- und Pauschalisierungsgrades als Basis gemäß § 46 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) für die Plausibilitätsprüfungen vertragsärztlicher Leistungen verwendet. Bei Gebührenordnungspositionen, bei denen eine Auf- oder Abschlagsregelung vorgesehen ist, wird die Prüfzeit gemäß Anhang 3 des EBM ebenfalls entsprechend angepasst.“

Ab 01.04.2020: Änderung der Kalkulations- und Prüfzeiten vieler Leistungen in Anhang 3 EBM

➡ Auffälligkeit bei Überschreitung von 12 Std. im Tageszeitprofil und 780 Std. im Quartalszeitprofil

Cave: Prüfzeiten von Gesprächsleistungen und ambulanten Operationen bleiben unverändert
Prüfsystematik und Richtlinien bleibt im Übrigen unverändert (außer HA-Zuschlag TSVG)

Folie 4 - Hier haben wir die entsprechende Rechtsgrundlage für die Plausibilitätsprüfung nach Zeitschienen. Das sind die allgemeinen Bestimmungen des EBM, die schon immer so lauteten, wie Sie es hier wiedergegeben finden. Die im Anhang aufgeführten Kalkulationszeiten - nicht Prüfzeiten - werden unter Berücksichtigung des Komplexierungs- und Pauschalisierungsgrades als Basis für die Plausibilitätsprüfung vertragsärztlicher Leistungen verwendet. Die Prüfzeiten sind von den Kalkulationszeiten abgeleitet und vermeintlich plausibilisiert. Bei Gebührenordnungspositionen, bei denen eine Auf- oder Abschlagsregelung zur Gebühr der Leistung vorgesehen ist, wird die Prüfzeit ebenfalls angepasst.

Ich hatte da den paradoxen Fall eines MVZ in Niedersachsen. Dort sind zwei Hausärzte tätig, die bekommen einen Aufschlag von 22,5% auf die Versichertenpauschalen, weil sie eine Gemeinschaftspraxis sind. Und diese 22,5 %, die sich eben auch bei der Plausibilitätszeitschiene niederschlagen, haben ausgereicht, ihnen hier ein Prüfverfahren zu verschaffen, obwohl sie ihre Patienten sorgfältig getrennt behandelt hatten, dem Aufschlag mithin kein eigener ärztlicher Zeitaufwand gegenübersteht. Die KV Niedersachsen ist eine sehr vernünftige KV, mit der man reden kann. Wir haben das Problem erklärt, die Prüfung wurde eingestellt.

Denke Sie bitte, wenn Sie so etwas bekommen, auch einmal an solche kleinen Gemeinden. Es gibt viele Umstände, nach denen bestimmte Leistungen im EBM mit Aufschlägen versehen werden, z.B. führt die Schwerpunkttätigkeit von Kinderärzten zu einem Aufschlag von 60 % auf die Versichertenpauschale. Also bitte beachten, wenn Sie da sehr aktive Ärzte haben: Das kann im Einzelfall auch zu einer Auffälligkeit führen.

Mit Geltung ab 1. April 2020 sind die Kalkulations- und Prüfzeiten von vielen Leistungen im EBM – Anhang 3 – ganz wesentlich geändert worden. Wissen muss man, dass die Auffälligkeitskriterien - 12 Stunden im Tagesprofil und 780 Stunden im Quartalzeitprofil - unverändert geblieben sind. Wichtig zu beachten ist auch,



Es handelt sich bei diesem Text um ein wegen der besseren Lesbarkeit leicht redigiertes Redemanuskript – zu einem am 10.3.2020 in Nürnberg gehaltenen Vortrag. **Urheberrechte für Texte und Folien** liegen allein bei Frank Welz und sind jederzeit zu beachten.

dass die Prüfzeiten von Gesprächsleistungen und ambulanten Operationen nach Kap. 31 EBM nicht angesetzt wurden. Auch die Prüfsystematik und die Richtlinien mit all ihren Fehlern und Unzulänglichkeiten sind im Wesentlichen unverändert geblieben.

EBM-Reform und Plausibilitätsprüfung (Quelle: KBV, Konzertierte Aktion 31.01.2020)

Anpassung der Kalkulations- und Prüfzeiten

- › Die Zeiten der einzelnen Leistungen waren bei der Einführung des EBM 2000plus durchschnittlich zu hoch angesetzt.
- › Innerärztlich werden die Prüfzeiten (abgeleitet von der Kalkulationszeit) als zu hoch kritisiert.
- › Im Rahmen der Weiterentwicklung des EBM wurden dementsprechend die Kalkulationszeiten überprüft und angepasst.
 - › Grundsätzlich keine Anpassung von zeitgebundenen Leistungen (z. B. Gespräche, Anästhesien) und ambulanten Operationen.
 - › Die durchschnittliche Absenkung der ärztlichen Kalkulationszeit beträgt ca. 30 %.
 - › Dementsprechende Anpassungen der Prüfzeiten im Anhang 3 des EBM wurden ebenfalls nachgezogen.
 - › Die Zeitabsenkung wird durch die Aufhebung des APKOW-Faktors* kompensiert.

*Mit der Einführung des APKOW erfolgte im Jahr 2013 die kostenneutrale Angleichung von Kalkulationspunktwert und Orientierungswert ($3,5363/5,1123 = 0,69$). Dieser Faktor reduziert die Punktzahl der Leistungen im Status-Quo um ca. 31 %.

TOP 3 EBM-WEITERENTWICKLUNG
 KONZERTIERTE AKTION AM 31. JANUAR 2020

SEITE 22

FOLIE 5 – Diese Folie aus der Konzertierten Aktion ist sehr wichtig. Hier gibt man von Seiten der KBV öffentlich zu, dass die Zeiten der einzelnen Leistungen bei Einführung des EBM 2000+ durchschnittlich zu hoch angesetzt waren. Innerärztlich werden die Prüfzeiten längst als zu hoch kritisiert. Deshalb hat man sie jetzt entsprechend angepasst. Diesen Prüfzeiten liegen Formeln zur Bewertung der Leistungen aus dem (Standardbewertungssystem) STABS zugrunde. Das ist das Kalkulationssystem für Leistungsbewertungen im EBM. Dort gehen u.a. die Leistungszeiten von Ärzten und des Personals ein, die wesentliche Grundlage für die Bewertung sind.

Die Berechnungsformel hat man jetzt geändert. Bisher war ein Faktor enthalten, der eine Punktwertanpassung bewirkt hat, ganz unten auf der Folie auch dargestellt. Damit wurde der Kalkulationspunktwert des EBM an den Orientierungswert angepasst. Diesen Faktor hat man aufgehoben. Das ist die Ursache, weshalb die Leistungszeiten im Wesentlichen um 30 % gesenkt werden konnten.

Wenn Sie jetzt ein „altes“ Plausibilitätsprüfverfahren haben, besonders im Bereich der KVWL, der KV Sachsen, KV Berlin - Bayern weniger - werden Sie öfter eine Argumentation finden – sinngemäß - *Ihre Zeitüberschreitung lag in einer Höhe, bei der wir nicht verpflichtet sind, den Gründen der Überschreitung nachzugehen, denn Sie hätten mit diesen Zeiten die Leistungen nicht korrekt erbringen und abrechnen können. In der Folge wird Ihr Honorar auf den Durchschnitt der Fachgruppe geschätzt.* Dies ist eine „faule“ Lösung.

Dahinter steckt ein Urteil des Bundessozialgerichtes zur *GOP 19310*; dies ist eine Pathologie-Leistung, die der Arzt selber durchführen muss. Hier hat es ein Experte fertiggebracht und über 2000 solcher Leistungen im Quartal abgerechnet, die er allein so nicht hätte schaffen können. Er ist dann mit dem Argument vor das BSG gezogen, man dürfe von ihm kein Honorar zurückfordern, da ihm nicht nachgewiesen worden wäre, welche der 2000 Leistungen genau fehlerhaft abgerechnet seien. Dazu hat das Bundessozialgericht gesagt, das wäre völlig egal - sinngemäß – ob es die 13., 50. oder 35. Leistung war, wichtig sei nur, dass die Leistungen insgesamt nachweislich nicht zu schaffen waren, weswegen die KV der Frage, welche der Leistungen nicht korrekt erbracht wurden, nicht nachgehen müsse. Dies war und ist aber ein besonderer Fall.



Es handelt sich bei diesem Text um ein wegen der besseren Lesbarkeit leicht redigiertes Redemanuskript – zu einem am 10.3.2020 in Nürnberg gehaltenen Vortrag. **Urheberrechte für Texte und Folien** liegen allein bei Frank Welz und sind jederzeit zu beachten.

Wenn Sie eine Arztpraxis führen, die ein halbes Hundert verschiedener Leistungen erbringt, dann kann sich die KV nicht unter Bezug auf dieses Urteil hinstellen und sagen, wir klären die Ursachen der Überschreitung nicht näher ab. Das kam aber so wiederholt vor. Lassen Sie sich hier also bitte nicht verunsichern. Sollte eine Plausibilitätsprüfung eingeleitet werden – und das kann jederzeit aufgrund von Patientenbeschwerden oder anderen Dingen aus dem vergangenen Zeitraum noch kommen - dann denken Sie bitte daran: Das Argument, dass man die Leistungen allein schon wegen der Höhe der Zeitüberschreitung nicht habe erbringen können, ist oft schon dadurch zu widerlegen, dass sich die Leistungslegenden im EBM nicht geändert haben und hier nun offiziell wurde, mit 30% weniger Prüfzeit wären sie auch korrekt zu erbringen.

Also kann man die neuen Zeiten gut in der Argumentation verwenden und damit auch in Verfahren punkten. Ich habe in der letzten Zeit dazu schon ein paar positive Rückmeldungen bekommen, obwohl es die Folie erst seit ein paar Tagen gibt.

EINWURF: Das ist ja wirklich ein Ding. Was wir hier in der Vergangenheit an Verfahren begleitet haben, wo die Prüfzeiten zu hoch waren und es hat keinen interessiert. Und jetzt steht's hier einfach da!

Der BMVZ kennt das Thema auch - es ist dort bereits mehrmals thematisiert worden. Es gibt vom Institut des Bewertungsausschusses eine Evaluation des EBM 2000+ und EBM 2008 mit dem gleichen Ergebnis. Bestimmte KVen haben das nicht zur Kenntnis genommen und weiter wie beschrieben geprüft. Sie wissen jetzt Bescheid.

Beispiele (Quelle: Auszüge aus der Tabelle Technische Anlagen zum EBM, KBV vom 12.12.2019)

GOP	Kurzlegende	PFG-Ausschluss	Bewertung		Bewertungseinheit	Kalkulationszeit (Min.)		Prüfzeit (Min.)		Eignung der Profilzeitart	
			bis 31.3.2020	ab 1.4.2020		bis 31.3.2020	ab 1.4.2020	bis 31.3.2020	ab 1.4.2020	bis 31.3.2020	ab 1.4.2020
01732	Gesundheitsuntersuchung	nein	320	326	Punkte	27	19	21	15	Tages- und Quartalsprofil	Tages- und Quartalsprofil
01741	Totale Koloskopie gem. Krebsfrüherkennungsrichtlinien	nein	1945	1772	Punkte	KA	37	30	30	Tages- und Quartalsprofil	Tages- und Quartalsprofil
03002	ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	nein	150	142	Punkte	KA	14	14	11	Nur Quartalsprofil	Nur Quartalsprofil
03003	ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	nein	122	114	Punkte	KA	12	11	9	Nur Quartalsprofil	Nur Quartalsprofil
07211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	nein	221	231	Punkte	25	18	20	14	Nur Quartalsprofil	Nur Quartalsprofil
21220	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	nein	136	154	Punkte	12	13	11	11	Tages- und Quartalsprofil	Tages- und Quartalsprofil
30702	Zusatzpauschale Schmerztherapie	ja	497	498	Punkte	40	28	32	22	Nur Quartalsprofil	Nur Quartalsprofil
35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	nein	152	193	Punkte	17	15	16	14	Tages- und Quartalsprofil	Tages- und Quartalsprofil

FOLIE 6 – Hier habe ich Ihnen die Tabelle der KBV – „Technische Anlagen zum EBM“ - eine neue Veröffentlichung – mitgebracht, um Ihnen ein paar interessante Punkte zu zeigen. Es geht mir um Folgendes: Bestimmte Leistungen waren in der Vergangenheit immer wieder ursächlich dafür, dass Ärzte in Plausibilitätsprüfverfahren auffällig wurden. Mir ist klar, dass hier keine Abrechnungsspezialisten sitzen, deshalb zeige ich Ihnen das nur grob. Es ist trotzdem interessant, und wenn Sie eventuell noch so eine „Leiche noch im Keller“, also ein laufendes Verfahren, haben - bekommen Sie hier vielleicht den richtigen Tipp zur Argumentation.

Gesundheitsuntersuchungen waren bisher mit 21 Minuten kalkuliert. Ich musste ganz oft in Bescheiden der KV'en lesen, dass es ja eine Sorgfaltspflichtverletzung sei, wenn man das in kürzerer Zeit macht. Jetzt finden Sie bestätigt, dass dies auch in 15 Minuten geht.



Es handelt sich bei diesem Text um ein wegen der besseren Lesbarkeit leicht redigiertes Redemanuskript – zu einem am 10.3.2020 in Nürnberg gehaltenen Vortrag. **Urheberrechte für Texte und Folien** liegen allein bei Frank Welz und sind jederzeit zu beachten.

Für die Hausärzte – Gesundheitsuntersuchungen sind auch hausärztliche Leistungen – wurden die Prüfzeiten für Versichertenpauschalen entsprechend reduziert. Wer eine sehr große Praxis hat, bei dem kann allein die übermäßige Prüfzeitbewertung der Versichertenpauschalen dazu führen, dass er auffällig wird. Hier hatte es ganz besonders im Bereich der KV Sachsen Fälle gegeben, wo Ärzte in der Region nach Praxisschließungen von Kollegen allein zurückgeblieben waren, viele Patienten übernahmen und vor allem wegen hoher Prüfzeitzuordnungen der Versichertenpauschalen auffällig wurden, die man in der Realität je Patient nicht benötigt.

Dies betrifft nicht nur Hausärzte. Hier kommt beispielhaft eine **Grundpauschale eines Chirurgen**. Wenn man eine Chirurgiepraxis führt, die – sagen wir einmal – als Portalpraxis dient, und für jeden Patienten allein 20 Minuten Kontaktzeit für die Grundpauschale bei hoher Behandlungsfallzahl annimmt, können Sie sich vorstellen, was dabei herauskommt. Jetzt wurde auf 14 Minuten Prüfzeit reduziert. Unter Beachtung der Kontaktzeitanteile der Mitarbeiterinnen, z.B. für Wundverbände, ist das realistischer.

Bei der Prüfzeit für **Koloskopie** hat man nichts geändert. Warum wohl? Es gibt eine Richtlinie, die vorgibt, wie die Untersuchung durchzuführen ist, d.h. auch, wie schnell das Endoskop zu führen ist. Hier kann der Arzt kaum abweichen. Dies wird sich natürlich in den Prüfzeiten entsprechend abbilden. Leider wurde die Vergütung der Leistung ungeachtet des hohen Aufwandes für die Aufbereitung der Endoskope und den verhältnismäßig schnellen Verschleiß erheblich reduziert.

Hier haben wir beispielhaft eine **Gesprächsleistung** - von einem Psychiater oder Nervenarzt - und Sie sehen, die bisher bekannten 11 Minuten Prüfzeit sind erhalten geblieben.

Die **Zusatzpauschale Schmerztherapie** wurde in der Prüfzeit z.B. von 32 Minuten auf 22 Minuten reduziert.

Und dann noch etwas ganz Kurioses, vielleicht ist es Ihnen auch aufgefallen: Wir haben die **GOP 35110 - Psychosomatik**, verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen. Wer die Diagnose im EBM nachliest, weiß, dass eine Leistungszeit von 15 Minuten gefordert ist. Aber wenn Sie sich hier einmal die neue Prüfzeit anschauen, dann steht hier 14 Minuten, und ich frage mich, wie man auf diese stolze Zeit gekommen ist.

Häufige Ursachen einer Plausibilitätsprüfung nach Zeitschienen



1. Gesprächsleistungen (Tageszeitprofil!)

➔ regelmäßiger Kontrollbedarf im PVS

2. Grund- und Versichertenpauschalen bei hoher Fallzahl

➔ deutlich geringere Auffälligkeit nach EBM-Änderung

3. Häufige Leistungskomplexe

➔ deutlich geringere Auffälligkeit nach EBM-Änderung

➔ Rechtfertigung in der Stellungnahme durch Diagnosehäufigkeit

4. Delegationsfähige Leistungen

➔ Rechtfertigung in der Stellungnahme, ggf. Verweis Anlage 24 BMV/Ärzte

5. Ambulante Operationen

➔ Nachweis realer Eingriffszeiten durch OP-Bericht

Folie 7 – Auf dieser Folie habe ich Ihnen die häufigsten Ursachen der Auffälligkeit in Plausibilitätsprüfungen



Es handelt sich bei diesem Text um ein wegen der besseren Lesbarkeit leicht redigiertes Redemanuskript – zu einem am 10.3.2020 in Nürnberg gehaltenen Vortrag. **Urheberrechte für Texte und Folien** liegen allein bei Frank Welz und sind jederzeit zu beachten.

nach Zeitschienen notiert und nach dem Ampelsystem gekennzeichnet, wie relevant, d. h. wie gefährlich, diese in der Zukunft für Sie sind. Wir haben zunächst die Gesprächsleistungen – hier hat sich nichts geändert. Sie fallen in das Tagesprofil mit 12 Stunden als Auffälligkeitskriterium. Selbst ein Arzt, der nicht im großen zeitlichen Umfang tätig ist, kann es bei unüberlegter Abrechnung schaffen, hier auffällig zu werden (zeitversetzte Leistungsdokumentation, Nachträge, Abrechnung nach Schätzung bei unüberlegten Bestellintervallen in der Sprechstunde usw.). Von daher gilt: War gefährlich, bleibt gefährlich. Kontrollieren Sie das bitte regelmäßig mit dem Statistikmodul im Praxisverwaltungssystem und lassen Sie Fehler vor Abgabe der Abrechnung bereinigen.

Die EBM-Reform hat die **Grund- und Versichertenpauschalen** als Problem im Rahmen der Plausibilitätsprüfung nach Zeitschienen bei hoher Behandlungsfallzahl deutlich entschärft. Dies wird künftig kein so großes Problem mehr sein und entsprechende Fachgruppen - Haus- und Kinderarztpraxen, Chirurgen oder Ähnliches - deutlich entlasten. Beachten Sie bitte weiterhin die fakultativen Leistungsanteile (10 min Beratung) bei Nebeneinanderberechnung mit Gesprächsleistungen von Fachärzten (z.B. Nervenheilkunde), nicht bei Hausärzten.

Dann haben wir das Zeitproblem **häufiger Leistungskomplexe** - damit sind diejenigen gemeint, die häufig in der Fachgruppe verwendet werden. Diese können auch Ursache für eine Plausibilitätsprüfung, also zeitauffällig, sein. Diese Komplexe hier (Beispiel) wurden in der Reform einerseits deutlich abgewertet. Andererseits verbleibt Ihnen nach wie vor, als Rechtfertigung in der Stellungnahme auf die Diagnosehäufigkeit und delegationsfähige Leistungszeitanteile zu verweisen. Ich habe ernsthaft ein (Wirtschaftlichkeits-)Prüfverfahren auf dem Tisch, wo man einem Onkologen die (zu) häufige Abrechnung der onkologischen Behandlungspauschale vorwirft. Er hätte angeblich überdurchschnittlich viele davon abgerechnet. Wie kann man nur auf einen solch absurden Vorwurf kommen?!

Ich habe empfohlen, die Diagnosestatistik aus dem Quartal hinzuschicken, mit der Erklärung, wie viele Patienten Diagnosen mit Berechtigung zur Abrechnung dieser Ziffer hatten. Damit wäre die Frage beantwortet. So etwas ist keine Frage der Wirtschaftlichkeit, sondern schlicht und einfach der Zusammensetzung des Patientengutes. Auch hier gilt: *Wer schreibt, der bleibt*. Sorgen Sie bitte regelmäßig für eine ordentliche Diagnosedokumentation, damit die Abrechnung nachvollziehbar ist.

Die Prüfzeiten **delegationsfähiger Leistungen** wurden offensichtlich nur im ganz geringen Umfang im EBM repariert. In Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte ist eine Tabelle mit Beispielfällen für delegationsfähige Leistungen an das Personal aufgeführt. Da finden Sie Geräteleistungen nach Fachgebieten, die Mithilfe bei der Dokumentation, bei der Anamnese, bei Impfungen, Injektionen usw. Recherchieren Sie dort, wenn diese Leistungen zur Auffälligkeit führen. Im Bereich der Allergologie kam es bei den bisherigen Diagnostikpauschalen mehrfach dazu, dass vermeintlich auffälliger ärztlicher Zeitaufwand beanstandet wurde. Man konnte zeigen, dass 80 bis 90 % dieser diagnostischen Leistungen, die in diesen Pauschalen enthalten waren, an qualifizierte Mitarbeiterinnen der Praxis delegiert werden konnten (z.B. Standardanamnese, Prick).

Ambulante Operationen - hier dürfen Sie auf die realen Eingriffszeiten nach Ihren OP-Berichten verweisen. Die Schnitt-Nahtzeiten nach Kalkulation im EBM, die sich nicht verändert haben, werden insbesondere von der KV Bayern gern immer wieder zur Begründung der Einleitung von Plausibilitätsprüfungen verwendet. Auch hier gilt wieder – *wer schreibt der bleibt*. Sie finden im EBM eine Regelung, nach der für Simultan-OPs die tatsächliche OP-Zeit des Ersteingriffes gilt, die Sie dokumentieren sollten. Demnach ist der Ersteingriff nach der tatsächlichen zugehörigen Eingriffszeit abgeschlossen, es beginnt der Zweiteingriff, auch in der Plausibilitätsprüfung. Die von dem aktuellen Reformschritt des EBM unberührten Schnitt-Naht-Zeiten, zugleich Prüfzeiten, sind unrealistisch hoch und müssen vor allem nicht zur Leistungserfüllung eingehalten werden. Das wäre medizinischer Unfug.

Problematisch wird es, wenn die Praxis der Auffassung ist, dass man keine vollständigen OP-Berichte braucht.



Es handelt sich bei diesem Text um ein wegen der besseren Lesbarkeit leicht redigiertes Redemanuskript – zu einem am 10.3.2020 in Nürnberg gehaltenen Vortrag. **Urheberrechte für Texte und Folien** liegen allein bei Frank Welz und sind jederzeit zu beachten.

Einen OP-Bericht gibt es deshalb, damit man die OP mit Indikationen und allen Details des Ablaufes nachweisen kann. Hier reicht es nicht aus, wenn ein Anästhesiebuch vorliegt, wo die Dauer der Anästhesien notiert werden, wenn im Computer die Indikation für den Eingriff dokumentiert sind und der Arzt das „Bauchgefühl“ hat, dass pro Eingriff jeweils 10 Minuten benötigt wurden. Hier empfiehlt es sich, mit den Operateuren einen einheitlichen Berichtsbogen für ambulante OP zu erarbeiten, der alle Daten enthält, um die Berechtigung der Abrechnung des ambulant-operativen Eingriffes nachzuweisen. Dazu gehört zunächst auch, dass der nach Kap. 31 EBM berechnete ambulante Eingriff immer die Definition „radikal und ausgedehnt“ erfüllen, d.h. bei einem Exzise z.B. mindestens 1 cm³ erreichen muss.

Es reicht ersatzweise nicht, ein Bestellbuch für die OP vorzuweisen. Damit kann auch kein Nachweis über die Eingriffsdauer geführt werden. Wenn die Operateure routinemäßig in einem vorgegebenen Vordruck – sofern man keinen hat, gern auch aus dem Internet oder vom Fachverband – dokumentieren, haben Sie überhaupt keine Mühe, den realen Zeitbedarf mit Hilfe dieser OP-Berichte nachzuweisen.

Plausibilitätsprüfung und Prüfung des Versorgungsauftrages



Prüfung des Versorgungsauftrages:

Bei erheblicher Unterschreitung der Durchschnittsfallzahl (unter Berücksichtigung des Zulassungs- oder Anstellungsfaktors) wird das Instrument der Prüfung nach Zeitschienen von der KV zur Prüfung der Einhaltung des Versorgungsauftrages eingesetzt. In bestimmten Konstellationen ergibt sich ein vermeintlicher Nachweis unzureichender Sprechstundentätigkeit mit drohendem Entzug der Zulassung/Anstellungsgenehmigung. Durch die Absenkung der Prüfzeiten (zu geringe Prüfzeiten) verschärft sich das Problem bei Praxen mit reduziertem Zulassungs- oder Anstellungsfaktor:

1. Fachgruppen ohne Gesprächsleistungen -> intensive Zuwendung im Gespräch und/oder Diagnostik bildet sich in Pauschalen nicht ab.
2. Gemeinsame Behandlungen durch fachgleiche Ärzte bilden sich durch Quartalspauschalen nicht ab.
3. Gemeinsame Behandlungen durch fachverschiedene Ärzte bilden sich durch EBM-Ausschlüsse nicht ab.
3. Eingeschränkte Anwesenheit von fachgleichen Ärzten führt zu nicht repräsentativer Fallzuordnung (z.B. zum Arzt der Frühschicht, der zur Zeit von Blutabnahmen anwesend ist)

Folie 8 - Prüfung des Versorgungsauftrages: Bei erheblicher Unterschreitung der Durchschnittsfallzahl wird das Instrument der Prüfung nach Zeitschienen von der KV zur Prüfung der Einhaltung des Versorgungsauftrages eingesetzt. Bei der KV Berlin, die schon im letzten Jahr so geprüft hatte, galt z.B. Folgendes: Wenn die Behandlungsfallzahl der Praxis unter 75 % der entsprechenden Durchschnittsfallzahl (bezogen auf den Versorgungsauftrag) lag, erfolgte eine Zeitschienenprüfung zum Nachweis unzureichender Tätigkeit. Es gab einen umfangreichen Fragenkatalog, welche Tätigkeiten der Arzt im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, im Notfalldienst, für Unfallversicherungsträger u.v.m. noch ausgeführt hat, ob er krank war oder wie die geringen Zeiten anderweitig begründet werden können.

Hier haben viele inzwischen Angst, dass die jetzt abgesenkten Prüfzeiten dazu führen könnten, dass sich gerade in kleinen Praxen noch weniger Prüfzeit ansammelt und noch mehr Ärzte auffällig werden. Lassen Sie sich bitte nicht beirren. Es gibt jede Menge Argumente. Viele fleißig Ärzte mit gut dokumentierter Arbeitszeit haben zu geringe Prüfzeiten. Woran liegt es?

Es gibt Fachgruppen ohne explizit abgebildete wichtige Tätigkeiten, z.B. Gesprächsleistungen.

Denken Sie z.B. einmal an einen Operateur, der aufwendige Wirbelsäulen- oder Gelenk-OPs durchführt, die er



Es handelt sich bei diesem Text um ein wegen der besseren Lesbarkeit leicht redigiertes Redemanuskript – zu einem am 10.3.2020 in Nürnberg gehaltenen Vortrag. **Urheberrechte für Texte und Folien** liegen allein bei Frank Welz und sind jederzeit zu beachten.

bezüglich Indikation und Risiken umfangreich mit den Patienten erörtern muss. Der Abrechnungskatalog des EBM bildet solche Tätigkeiten nicht ab.

Chirurgen haben z.B. eine Pauschale für die Behandlung und Diagnostik. Damit diese im Behandlungsfall berechnet werden kann, erfordert sie drei Arzt-Patienten-Kontakte. Wenn der Chirurg aber nur 0,25 Zulassungsfaktor hat und 10 Stunden als Spezialist je Woche arbeitet: Wann schafft es der Patient, den Arzt drei Mal im Quartal aufzusuchen? In anderen Fällen sind 3 Kontakte zur Indikationsstellung, z.B. zu einem stationären Eingriff, medizinisch nicht notwendig, in weiteren Fällen schafft der Arzt die Kontaktzahl in der geringen Sprechzeit nicht oder ein Kollege im MVZ vollendet die Leistung. Also bleibt es bei der Grundpauschale. Sein tatsächlicher Arbeitszeitaufwand bildet sich nicht ab.

In geeigneten Fällen können Sie zeigen, dass der Spezialist ein besonderes Patientengut hat und deshalb zahlreiche Leistungen erbringen muss, die sich im EBM nicht abbilden (Arbeitszeitdokumentation!).

Fachgleiche Ärzte:

Bei zwei Ärzten, die sich z.B. eine Stelle teilen, könnte es sein, dass die ganze Tätigkeit nur in **Quartalspauschalen** abgerechnet wird. Wenn der eine Arzt die Pauschale für den Patienten abrechnet, muss der andere folglich arbeiten, ohne diese oder ggf. eine weitere Pauschale abrechnen zu können - der Kollege hat sie ja schon erbracht. Dann ist scheinbar der eine der Gute und der andere hat vermeintlich zu wenig eigene Behandlungsfälle, je nachdem, wie man sich die Sprechzeiten teilt.

Bei fachverschiedenen Ärzten – z.B. Chirurgie und Orthopädie, oder verschiedenen Spezialisten der Inneren Medizin, oder der Innere Medizin und Hausärzten – verhindern EBM-Ausschlüsse Leistungsabrechnungen im gleichen Behandlungsfall, auch wenn sie medizinisch indiziert waren und von verschiedenen Ärzten tatsächlich durchgeführt wurden. Dadurch könnte es für einen der Ärzte auch an Leistungen mangeln, die seine Sprechzeiten adäquat abbilden.

Und dann haben wir noch etwas Besonderes: Es gibt Ärzte, die stationär und ambulant tätig sind und dies aufgrund der Abläufe im Krankenhaus nur zu ganz bestimmten Dienstzeiten tun. Sie arbeiten z.B. nur nachmittags im MVZ. Die Patienten erscheinen jedoch früh zur Blutabnahme – Beispiel Onkologie -, bekommen gleich die ersten Geräteuntersuchungen und werden dem Arzt zugeschrieben, der zu der Zeit anwesend ist. Auch wenn der andere Arzt den Patienten hinterher über das ganze Quartal weiterbehandelt. Ein Arzt hat keine Fälle, der andere erscheint so auffällig fleißig, dass er dafür eine Fallzahlzuwachsbegrenzung von der KV erhält.

Klären Sie bitte auch solche Kooperationen auf. Den KVen ist der Sachverhalt grundsätzlich bekannt – Sie müssen nur nachweisen, dass sich für solche Ärzte die tatsächliche Fallzahl und das tatsächliche Leistungsbild im Rahmen der Plausibilitätsprüfung nicht korrekt abbilden. Also, wenn Sie es mit Plausibilitätsprüfungen zu tun haben, bitte das logische Denken **im Gesamtzusammenhang des MVZ** nicht vergessen.



Es handelt sich bei diesem Text um ein wegen der besseren Lesbarkeit leicht redigiertes Redemanuskript – zu einem am 10.3.2020 in Nürnberg gehaltenen Vortrag. **Urheberrechte für Texte und Folien** liegen allein bei Frank Welz und sind jederzeit zu beachten.

Perspektiven Weiterentwicklung des EBM

(Quelle: KBV, Konzertierte Aktion 31.01.2020)



AUSBLICK

Im Bewertungsausschuss abgestimmtes weiteres Vorgehen

- › Die Weiterentwicklung wird von einer umfassenden Evaluation begleitet.

Verschiedene Themen sind bisher nicht umfassend mit dem GKV-Spitzenverband besprochen und sollen nachgelagert überarbeitet werden.

- › Strukturelle Überarbeitung des Kapitels Strahlentherapie im EBM bis spätestens 1. Januar 2021. Beratungen wurden im Januar aufgenommen.
- › GKV-Spitzenverband fordert die Umsetzung von Fixkostendegression bei technischen Fächern. Beratungen zur Umsetzung wurden im Januar fortgeführt.
- › Zusammenlegung der EBM-Kapitel Orthopädie und Chirurgie.
- › Anpassung ambulantes/belegärztliches Operieren bis spätestens 1. Januar 2022.



TOP 3 EBM-WEITERENTWICKLUNG
KONZERTIERTE AKTION AM 31. JANUAR 2020

SEITE 28

Folie 9 - Nun zu den Dingen, die der Bewertungsausschuss weiter plant. Obwohl es in der Vergangenheit bereits abgelehnt wurde, liest man hier mit Erstaunen, dass die Beratung zur Umsetzung der Fixkostendegression im Januar dieses Jahres fortgeführt wurde. Dies ist für die technischen Fächer nicht ohne Brisanz. Wir haben bspw. bereits eine Fixkostendegression beim Labor.

Wichtig ist, dass angekündigt wird, die Fächer Orthopädie und Chirurgie zukünftig wie bereits zulassungs- und bedarfsplanungsrechtlich auch in der Honorarabrechnung zusammenzulegen. Im Moment gibt es für Sie jetzt keinen Handlungsbedarf, da sich für diese Fachgebiete derzeit nichts geändert hat. Die Leistungen des ambulanten und belegärztlichen Operierens sollen spätestens bis Januar 2022 überarbeitet werden. Wir dürfen sehr gespannt sein, wie sich die Überarbeitung auf den Honorarumsatz der frei vergüteten Leistungen auswirkt.

Betriebswirtschaftliche Folgen der EBM-Reform zum 01.04.2020



- Wer ist Gewinner oder Verlierer der EBM-Reform ?
- Welche Maßnahmen sind erforderlich, um Schaden zu minimieren oder von der Reform zu profitieren?





Es handelt sich bei diesem Text um ein wegen der besseren Lesbarkeit leicht redigiertes Redemanuskript – zu einem am 10.3.2020 in Nürnberg gehaltenen Vortrag. **Urheberrechte für Texte und Folien** liegen allein bei Frank Welz und sind jederzeit zu beachten.

Folie 10 - Jetzt die Hauptfrage: „Wer ist denn nun Gewinner oder Verlierer“ nach der EBM-Reform – welche Maßnahmen braucht man, um Schaden für das eigene Haus zu begrenzen oder von der Reform zu profitieren? Mir wurde von mehreren Teilnehmern berichtet, dass es in der „Konzertierten Aktion“ der KBV, wo die Auswertung des überarbeiteten EBM's erfolgte, doch recht turbulent zugegangen ist, weil sich Berufsverbände mit dem Simulationsergebnis nicht anfreunden konnten.

Folgen der EBM-Reform (Quelle: KBV, Konzertierte Aktion 31.01.2020)

SIMULATIONSERGEBNIS (PUNKTSUMMENNEUTRAL)

Simulationsergebnis nach Versorgungsbereichen

Versorgungsbereich	LB-Änderung gesamt in % (Stand 02.08.19*)	LB-Änderung gesamt in % (Stand 11.12.19)**	
Hausärztlicher Versorgungsbereich	0,5 %	0,8 %	●
Allgemeine fachärztliche Arztgruppen***	0,7 %	0,8 %	●
Internisten	-2,2 %	-2,6 %	●
N-/P-Fächer	7,5 %	3,7 %	●
technische Fächer****	-4,3 %	-8,6 %	●
weitere Fachgruppen	1,4 %	1,7 %	●

* Konzertierte Aktion KBV/BV.
 ** Zusätzliches Finanzvolumen nicht enthalten.
 *** ohne operativ tätige Augenärzte (mind. 4 GOP aus den Kapiteln 31 oder 36).
 **** Absenkung im Bereich Strahlentherapie war noch nicht enthalten.

TOP 3 EBM-WEITERENTWICKLUNG
KONZERTIERTE AKTION AM 31. JANUAR 2020

SEITE 5

Folie 11 - Hier habe ich Ihnen einmal die Folie mit dem Simulationsergebnis eingeblendet. Lassen Sie sich bitte nicht irritieren - ich möchte Ihnen nur bestimmte Dinge zeigen. Man hat hier zwei Quartalsabrechnungen der Fachbereiche genommen und mit den Bewertungen des neuen EBM berechnet. Die Ergebnisse mit *plus* und *minus* sind farblich markiert.

Leicht erkennen Sie, dass sich die Quartalsabrechnungen eins und zwei teilweise signifikant im Ergebnis unterscheiden, obwohl die meisten Fachgruppen ziemlich einheitlich über die Quartale behandeln. Mir, als gelerntem Mathematiker, sagt das sofort, dass die Streubreite der Daten sehr groß und die Aussage nicht besonders genau ist. Nur ein Trend lässt sich erkennen.

Nervenärzte und Psychiater gehören auf der Ebene des EBM zu den Gewinnern von Leistungsvolumen. Grund ist die Aufwertung von Gesprächsleistungen, die diese ja vor allem erbringen. Für die Hausärzte, Kinderärzte und kleinere Fachgruppen ändert sich wenig. Internisten sind je nach Schwerpunkt/Zusatzweiterbildung unterschiedlich betroffen. Es entscheidet die individuelle Praxisausrichtung und die Umsetzung der Honorarverteilung im HVM der jeweiligen KV.

TEIL 2 des insgesamt 80-minütigen Vortrages

mit dem *Schwerpunkt*:

Strukturelle Änderungen des EBM & Folgen für die Praxis und einzelne Fachgruppen
stellen wir Ihnen ebenfalls zeitnah zur Verfügung.