



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 2 – Skript erstellt am 29. März

**Schwerpunkt: Strukturelle Änderungen des EBM
& Folgen für die Praxis und einzelne Fachgruppen**

HINWEIS

Wegen des besseren inhaltlichen Anschlusses stellt die nachfolgende erste Seite eine Wiederholung der letzten Seite des ersten Teil dieses Vortragsskriptes dar.



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.

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?



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 „Konzertierte 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 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.



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 12) - Die Simulation der KBV zeigt im Übrigen für Haus- und Kinderärzte auf der Ebene der EBM-Abrechnung nur geringfügige Änderungen des zu erwartenden Honorarumsatzes. Hier haben wir die Allgemeinmediziner, Hausärzte, Kinderärzte. Umsatzmäßig hat sich in der Simulation für die zwei Quartale durch die aktuelle Reform fast nichts geändert. Ich kann Ihnen auch sagen warum. Ursache ist die bereits in der ersten Reformstufe erfolgte Leistungsumbewertung und der Hausarzt-Facharzt-Vertrag, der Honorarumverteilungen zwischen Haus- und Fachärzten nicht gestattet.

(Folie 13) - Hier sehen Sie dann die „kleinen“ Facharztzweige – ebenfalls ohne größere Abweichungen beim Honorarumsatz in der Simulation – Augenheilkunde, Chirurgen, Dermatologie, Gynäkologen, HNO, Orthopädie. Die Honoraränderungen sind statistisch wenig signifikant.

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

Simulationsergebnis Innere Medizin

Fachgruppe	LB-Änderung gesamt in % (Stand 02.08.19)	LB-Änderung gesamt in % (Stand 11.12.19)
Innere Medizin, FA ohne Schwerpunkt	-3,7 %	-3,7 %
Innere Medizin, SP Angiologie	-6,6 %	-6,4 %
Innere Medizin, SP Endokrinologie	-4,2 %	-3,1 %
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	-5,3 %	-5,3 %
Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie	-1,6 %	-1,7 %
Innere Medizin, SP Kardiologie*	-1,7 %	-3,8 %
Innere Medizin, SP Nephrologie	-0,1 %	-0,3 %
Innere Medizin, SP Pneumologie	-5,2 %	-5,2 %
Innere Medizin, SP Rheumatologie**	-2,6 %	+1,3 %

* Streichung der GOP 13550 war im August noch nicht enthalten, Festlegung im Erweiterten Bewertungsausschuss.
 ** Abstimmung im KV-System und mit GKV-Spitzenverband haben Anpassungen nach sich gezogen.

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

SEITE 8

Folie 14 - Die Internisten sind nach der Simulation stärker betroffen, worauf auch die Diskussion während der „Konzertierten Aktion“ zurückzuführen war. Es handelt sich hier *nicht* um rein technische Fächer, da in deren pauschalierten Leistungen bei den letzten EBM-Reformen Gesprächsleistungen aufgegangen sind. Neben der Pneumologie erscheinen auch die Angiologen und Kardiologen zunächst als Verlierer. Ärzte der Fachverbände haben daher schon diskutiert, welche Leistungen aus betriebswirtschaftlichen Gründen nicht mehr erbracht werden können. So etwas ist aber nicht zielführend. Wir sollten erst einmal den EBM genauer lesen und die HVM-Regelungen der KVen abwarten.

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

Simulationsergebnis N-/P-Fächer

Fachgruppe	LB-Änderung gesamt in % (Stand 02.08.19)	LB-Änderung gesamt in % (Stand 11.12.19)
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	9,4 %	6,2 %
Neurologie	7,6 %	4,1 %
Nervenheilkunde	7,2 %	6,2 %
Psychiatrie	9,7 %	6,4 %
Psychotherapie	7,1 %	2,7 %
... davon psychologische Psychotherapie	7,2 %	2,7 %
... davon ärztliche Psychotherapie	7,7 %	2,8 %
... davon Psychosomatik	9,0 %	4,0 %

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

SEITE 9



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 15 – Die nächste Folie zeigt die sogenannten Gewinnerfächer, wie zu erwarten. In der Psychiatrie sind alle Kernleistungen Gespräche; in der Neurologie und Nervenheilkunde, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ebenfalls. Sie wurden deutlich aufgewertet. Wo steht jedoch bitte, in welchem Umfang die einzelnen Fachgruppen von der Reform profitieren müssen? Dies entscheidet sich nicht auf der Ebene des EBM.



Folie 16 - Ich habe Ihnen hier einmal schematisch verschiedene Einflüsse auf die Bewertung der EBM-Leistungen aufgeführt. Wir sehen zunächst den Hausarzt-/Facharztvertrag. Dieser verbietet es, das Geld zur Vergütung der Hausärzte oder der Fachärzte zwischen den Töpfen umzuverteilen. Dies gilt unverändert. Vorgegeben war zudem das Prinzip der Kosten- und Punktsammenneutralität. Bei den Punktsammen bin ich nicht so sicher - aber die Kostenneutralität wurde eingehalten, d. h. es gibt nicht mehr als die zur Verfügung stehende begrenzte Gesamtvergütung der KVen. Die KV Baden-Württemberg hat z.B. auf ihrer Webseite signalisiert, EBM-Änderungen so ausregeln zu wollen, dass Veränderungen gegenüber dem Status Quo ausgeglichen werden.

Wenn Änderungen der Leistungsbewertung im EBM vorgenommen werden, kann die KV über ihren Honorarverteilungsmaßstab die Honorarumverteilung zwischen den Fachgruppen steuern. Sie kann gegebenenfalls auch über eine Quotierung und Fallzahlzuwachsbeschränkungen einwirken. Leider habe ich bis zum Datum der Veranstaltung nur eine Veröffentlichung eines HVM ab Quartal 2/2020 finden können. Schade, denn ich hätte die Reaktion der KVen gern hier analysiert. Zudem gibt es noch die ‚Kleinigkeit‘ mit den TSVG-Fällen, deren Auswirkungen, bzw. der Umgang damit, ebenfalls in die Honorarverteilung eingearbeitet werden müssten.

Optionen der KV'en zur EBM- Reform

Beispiel KV Sachsen-Anhalt:

„Die Änderungen der Bewertungen von Leistungen im EBM werden bei den Berechnungen der Regelleistungsvolumen (RLV), der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) sowie bei den dazu notwendigen einzelnen Berechnungsschritten berücksichtigt. Dazu werden Simulationsfaktoren gebildet, die die Veränderungen der Leistungsmengen mit den Bewertungen des jeweiligen Vorjahresquartals zu den Bewertungen der Leistungen ab dem 2. Quartal 2020 ins Verhältnis setzen. Bei einer Veränderung der Leistungsmengen von mehr als minus 5 Prozent, werden die Simulationsfaktoren auf **maximal minus 5 Prozent** begrenzt, um so die negativen Auswirkungen des EBM für die jeweiligen Arztgruppen abzumildern. Eine Begrenzung bei einer Steigerung der EBM bedingten Leistungsmengen ist nicht vorgesehen, um dem gesetzlichen Auftrag zur Förderung der entsprechenden Medizin ausreichend Rechnung zu tragen. **Der seit Jahren geregelte Korridor zur Begrenzung von nicht durch den EBM bedingten Veränderungen von plus/minus 10 Prozent zwischen den jeweiligen Arztgruppen bleibt unverändert bestehen.**“

Cave: Regelungen der KV auf der Ebene der Fachgruppe schützen nicht auf der Ebene der Arztpraxis (individuelles Leistungsspektrum beachten)

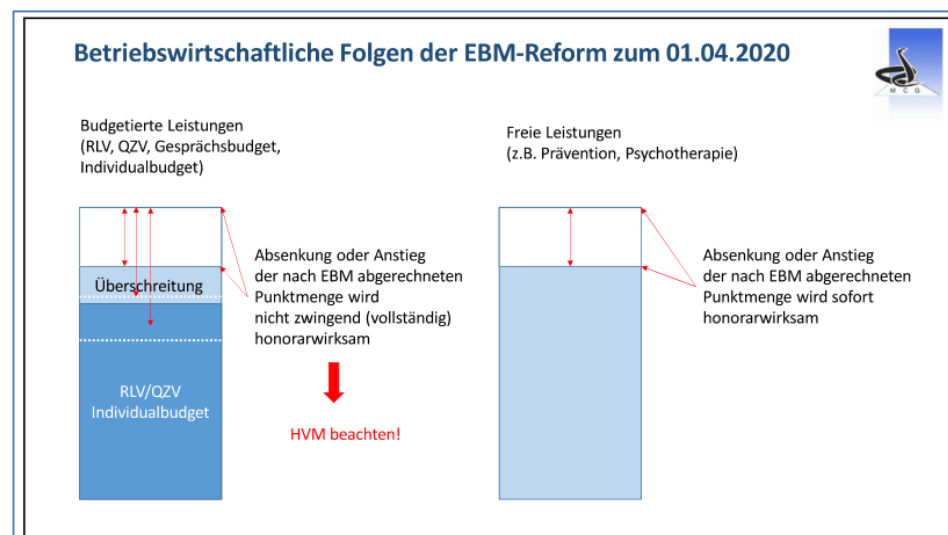


Es handelt sich bei diesem Text um ein wegen der besseren Lesbarkeit leicht redigiertes Redemanuskript – zu einem am 10.3.2020 in Nürnberg gehaltenen Vortrag. **Urheberrechte für Texte und Folien** liegen allein bei Frank Welz und sind jederzeit zu beachten.

Folie 17 - Hier haben wir einmal ein positives Beispiel: Die KV Sachsen-Anhalt war bisher die einzige, die konkret im Internet veröffentlicht hat, wie sie mit den EBM-Änderungen umgehen will. Ich denke, die anderen KVen werden das auch so oder so ähnlich umsetzen. Die KVSA hat maximal plus/minus 5 % als Grenzen festgelegt, in denen sich die Leistungsmengen verändern dürfen. Der Korridor verhindert einerseits, dass eine Arztgruppe protestiert, der Sinn der Reform sei missachtet worden, andererseits, dass andere Arztgruppen protestieren, weil sie durch die Reform wirtschaftlich ruiniert werden. Die Lösung hier fände sicher bei jedem Sozialgericht Akzeptanz.

Andere KVen haben in ihren Honorarverteilungsregelungen schon seit Jahren Korridore für den Ausgleich zwischen den Fachgruppentöpfen bei Veränderungen von mehr als plus/minus 10 Prozent. Ein solcher Regelmechanismus, der größere Umverteilungen verhindert, wird nach meiner Meinung in irgendeiner Form auch von der KV Bayerns, Baden-Württemberg oder anderen in ähnlicher Weise angewandt werden. Die Honorarverteilung der KVen können wir - die hier Anwesenden - kaum beeinflussen. Also bitte keine Panik: Es wird sicher faire Regelungen geben.

EBM-Änderungen verteilen jedoch stets auch das Honorar *innerhalb* der Fachgruppen zwischen den Praxen um. Bezüglich dieser Honorarumverteilung innerhalb der Fachgruppe müssen Sie bzw. Ihre Ärzte selbst etwas unternehmen, weil dies sehr vom individuellen Leistungsspektrum abhängt. Wer innerhalb der Fachgruppe durch die EBM-Reform Gewinner oder Verlierer sein könnte, sollte Ihr Ansatzpunkt für eine Analyse sein.



Folie 18 - Die Regelungen der KV schützen also auf keinen Fall auf der Ebene der Arztpraxis. Hier muss man sich selbst Gedanken machen. Dabei ist zu beachten, dass Änderungen bei freien Leistungen in der Bewertung - z. B. Prävention, Koloskopie – sofort auf die Praxisebene durchschlagen, d.h. sie werden dort unmittelbar honorarwirksam. In budgetierten Bereichen ist das noch lange nicht gesagt.

Wenn in der Bewertungstabelle der KV eine Abwertung steht, muss sie nicht unbedingt in der Praxis finanziell ankommen. Es kann auch sein, dass sich nur die abgestaffelte Leistungsmenge ändert. Das hängt z.B. auch davon ab, ob und wie die KV gegebenenfalls die Grenzen von Regeleistungsvolumen/QZV/Individualbudget verschiebt und wie Budgetüberschreitungen bezahlt werden. Die KV in Brandenburg z.B. zahlt Haus- und Kinderärzten seit Jahren 100 % für budgetüberschreitende Leistungsmengen; die KV Mecklenburg-Vorpommern zuletzt auch für fast alle Fachärzte. Ob das so bleibt, wenn wichtige Leistungen im EBM umbewertet werden, hängt von der jeweiligen KV ab. Der HVM muss bei der Praxisstrategie also unbedingt mit beachtet werden.

Mit den Pneumologen haben wir aktuell bereits eine solche Strategieentwicklung auf EBM-Ebene versucht, die hier beispielhaft betrachtet werden kann.



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.

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
13610	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Hämodialyse, Peritonealdialyse und Sonderverfahren	ja	149	149	Punkte	KA	17	10	14	Tages- und Quartalsprofil	Tages- und Quartalsprofil
13611	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Peritonealdialyse	ja	74	74	Punkte	KA	KA	5	4	Tages- und Quartalsprofil	Tages- und Quartalsprofil
13612	Zuschlag zu den GOP 13610 und 13611 für die Durchführung einer Trainingsdialyse	ja	225	225	Punkte	KA	KA	15	12	Nur Quartalsprofil	Nur Quartalsprofil
13620	Ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese	ja	149	149	Punkte	KA	KA	10	8	Tages- und Quartalsprofil	Tages- und Quartalsprofil
13621	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Apherese bei rheumatoider Arthritis	ja	149	149	Punkte	KA	KA	10	8	Tages- und Quartalsprofil	Tages- und Quartalsprofil
13622	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese	ja	149	149	Punkte	KA	KA	10	8	Tages- und Quartalsprofil	Tages- und Quartalsprofil
13640	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	nein	164	177	Punkte	17	13	14	11	Nur Quartalsprofil	Nur Quartalsprofil
13641	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	nein	202	208	Punkte	21	16	17	13	Nur Quartalsprofil	Nur Quartalsprofil
13642	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	nein	210	211	Punkte	22	16	18	13	Nur Quartalsprofil	Nur Quartalsprofil



Pneumologie

Folie 19 + 20 - zeigt das Beispiel. Die Tabelle hat die KBV veröffentlicht, die Farbkennzeichnung an den Leistungen ist von mir – *links grün bedeutet Aufwertung* – das sind hier die Grundpauschalen. An den Zuschlägen hat sich nichts verändert – *links gelb gekennzeichnet* - und die wichtigste Leistung der Pneumologen, die Bodyplethysmographie, die bei 75 bis 90 % der Patienten durchgeführt wird, macht einen Rutsch nach unten in der Bewertung und wurde deshalb links rot gekennzeichnet. So – nun entsteht die Frage, wie gehen wir damit um?

Man kann Leistungen aus medizinischen Gründen nicht reduzieren, die für so viele Patienten benötigt werden, und die auch keine andere Fachgruppe erbringen darf. Sie muss weiter angeboten werden. Verbliebe also die Idee, nachzusehen, wo die Pneumologen zum Ausgleich des Punktmengenverlustes eventuell andere medizinisch sinnvolle Leistungen ausbauen können - mit derselben Patientenzahl, damit die KV das bisherige Honorar weiterzahlen kann. Punktmengen, die nicht abgerechnet werden, kann die KV schlecht vergüten.

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
13644	Zuschlag für die pneumologisch-ärztliche Grundversorgung	nein	41	41	Punkte	KA	KA	./	./	Keine Eignung	Keine Eignung
13646	Zuschlag zur GOP 13644	nein	11	11	Punkte	KA	KA	./	./	Keine Eignung	Keine Eignung
13647	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13640 bis 13642	nein	6	6	Punkte	KA	KA	./	./	Keine Eignung	Keine Eignung
13648	Zuschlag TSS-Terminvermittlung	nein	-	-	unbewertet	KA	KA	./	./	Keine Eignung	Keine Eignung
13650	Zusatzpauschale Pneumologisch-Diagnostischer Komplex	ja	377	291	Punkte	14	4	11	3	Nur Quartalsprofil	Nur Quartalsprofil
13651	Zuschlag unspezifischer Provokationstest	ja	375	367	Punkte	15	6	8	3	Tages- und Quartalsprofil	Tages- und Quartalsprofil
13652	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 13650	ja	-	262	Punkte	KA	KA	./	./	Keine Eignung	Keine Eignung
13660	Ergospirometrie	ja	407	394	Punkte	17	9	15	9	Tages- und Quartalsprofil	Tages- und Quartalsprofil
13661	Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse	ja	131	84	Punkte	6	2	5	1	Tages- und Quartalsprofil	Tages- und Quartalsprofil
13662	Bronchoskopie	ja	988	890	Punkte	25	14	19	11	Tages- und Quartalsprofil	Tages- und Quartalsprofil



Pneumologie



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.

Eine solche Ausgleichsleistung finden wir nicht in der neuen *GOP 13652* - sie wird medizinisch nur in ca. ein Prozent der Behandlungsfälle benötigt.

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
13663	Zuschlag Intervention, perbronchiale Biopsie, BAL, Broncho-alveoläre Lavage	ja	242	224	Punkte	13	8	12	7	Tages- und Quartalsprofil	Tages- und Quartalsprofil
13664	Zuschlag Laservaporisation	ja	368	453	Punkte	16	14	12	10	Tages- und Quartalsprofil	Tages- und Quartalsprofil
13670	Thorakoskopie	ja	843	1192	Punkte	50	50	38	38	Tages- und Quartalsprofil	Tages- und Quartalsprofil
13675	Zusatzpauschale Onkologie	ja	191	191	Punkte	20	14	18	13	Nur Quartalsprofil	Nur Quartalsprofil
13677	Zusatzpauschale Behandlung eines Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantatträgers	ja	209	211	Punkte	KA	KA	18	15	Nur Quartalsprofil	Nur Quartalsprofil
13690	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	nein	145	145	Punkte	13	11	11	9	Nur Quartalsprofil	Nur Quartalsprofil
13691	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	nein	263	246	Punkte	26	19	22	16	Nur Quartalsprofil	Nur Quartalsprofil
13692	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	nein	258	244	Punkte	26	18	21	15	Nur Quartalsprofil	Nur Quartalsprofil
13694	Zuschlag für die rheumatologisch-internistische Grundversorgung	nein	41	41	Punkte	KA	KA	./.	./.	Keine Eignung	Keine Eignung
13696	Zuschlag zur GOP 13694	nein	11	11	Punkte	KA	KA	./.	./.	Keine Eignung	Keine Eignung

Pneumologie

Folie 21 - Auch diese Folie zeigt seltene Leistungen ohne Ausgleichspotential. Ich werde jetzt hier nicht mit Ihnen die einzelnen Leistungen durchgehen, das überlassen wir den Abrechnungsexperten.

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
30100	Spezifische allergologische Anamnese	nein	-	65	Punkte	-	5	-	5	Tages- und Quartalsprofil	Tages- und Quartalsprofil
30110	Allergologiediagnostik I	nein	633	258	Punkte	40	3	31	2	Nur Quartalsprofil	Nur Quartalsprofil
30111	Allergologiediagnostik II	nein	458	220	Punkte	30	3	26	3	Nur Quartalsprofil	Nur Quartalsprofil
30120	Rhinomanometrischer Provokationstest	ja	65	66	Punkte	5	3	4	3	Tages- und Quartalsprofil	Tages- und Quartalsprofil
30121	Subkutaner Provokationstest	ja	164	162	Punkte	2	1	2	1	Tages- und Quartalsprofil	Tages- und Quartalsprofil
30122	Bronchialer Provokationstest	ja	661	741	Punkte	20	10	16	8	Tages- und Quartalsprofil	Tages- und Quartalsprofil
30123	Oraler Provokationstest	ja	164	143	Punkte	2	2	2	2	Tages- und Quartalsprofil	Tages- und Quartalsprofil
30130	Hyposensibilisierungsbehandlung	nein	94	102	Punkte	3	3	3	3	Tages- und Quartalsprofil	Tages- und Quartalsprofil
30131	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 30130	nein	71	80	Punkte	2	2	2	2	Tages- und Quartalsprofil	Tages- und Quartalsprofil
30900	Kardiorespiratorische Polygraphie	ja	589	640	Punkte	45	22	36	17	Tages- und Quartalsprofil	Tages- und Quartalsprofil

Allergologie

Folie 22 - Hier finden wir einen Ansatzpunkt, z.B. das im EBM neugestaltete Kapitel Allergologie. Nach dem Weißbuch Allergologie leiden 40 % der Bevölkerung in Deutschland an Allergien, jedoch nur ca. 7 % werden adäquat versorgt. Eine Steigerung ist medizinisch sinnvoll und wünschenswert. Die Leistungen haben insgesamt eine wesentliche Aufwertung bei Umstrukturierung des Kapitels erfahren. Ich zeige Ihnen das gleich bei den Strukturänderungen des EBM.



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.

Außerdem haben wir hier die Kardiorespiratorische Polygraphie (unten GOP 30900). Dies ist eine Untersuchung, die z.B. als Voraussetzung für die weiterführende Schlafapnoe-Diagnostik (Polysomnographie) notwendig ist. Jeder Berufskraftfahrer, der über Tagesmüdigkeit klagt, wird z.B. auf Schlafapnoe untersucht. Bis die Diagnostik und ggf. Therapie abgeschlossen ist, bekommt er ein Fahrverbot. Bei den Wartezeiten auf Untersuchungstermine kann das ein halbes Jahr dauern. Von daher ist es sinnvoll, eine Leistung, die den Zugang zu dieser Diagnostik ermöglicht, nämlich die kardiorespiratorische Polygraphie, auszubauen. Der Patient bekommt das Gerät mit nach Hause, die Aufzeichnung wird computertechnisch ausgewertet. Die Leistung hat man im EBM von 589 auf 640 Punkte aufgewertet.

Also: Wenn sich die Praxis ein oder zwei solcher Geräte zulegt, die Genehmigung der KV erhält und die Leistung anbietet, füllt sie eine Versorgungslücke. Schlafbetten für die Polysomnographie sind bundesweit vergeben und keine Option. Besonderen Charme – wie bei der Allergologie – hat auch die Delegationsfähigkeit vieler Leistungsanteile an das nichtärztliche Personal der Praxis.

Strukturelle Änderungen des EBM ab 01.04.2020			
30100	Spezifische allergologische Anamnese und/oder Beratung	7,14 €	
	Obligatorer Leistungsinhalt	65 Punkte	
	- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,		
	- Durchführung einer spezifischen allergologischen Anamnese und/oder		
	- Beratung und Befundbesprechung nach Vorliegen der Ergebnisse der Allergietestung,		
	Fakultativer Leistungsinhalt		
	- Anwendung eines schriftlichen Anamnesebogens,		
	- Indikationsstellung zu einer Allergietestung,		
	je vollendete 5 Minuten		
	Die Gebührenordnungsposition 30100 ist höchstens viermal im Krankheitsfall berechnungsfähig.		
	Die Gebührenordnungsposition 30100 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250 und 13258 berechnungsfähig.		
40350	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 30110	16,14 €	
40351	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung von Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 13250, 13258 und 30111 oder sofern im Rahmen der Versichertenpauschale 03000 oder 04000 eine allergologische Basisdiagnostik mittels Pricktest erfolgt	5,50 €	

Folie 23 - Hier sehen Sie die Umbewertung und Umstrukturierung allergologischer Leistungen. Sie ist für viele Fachgebiete relevant, z.B. für Hausärzte, Kinderärzte, Hautärzte, HNO und die Pneumologie natürlich.

Mit der EBM-Überarbeitung hat man die spezifische allergologische Anamnese-GOP 30100 als neue Leistung geprägt. Sie ist herausgelöst worden aus den alten Komplexen GOPs 30110 und 30111, berechnungsfähig bis zu vier Mal im Krankheitsfall. - Schöne Sache!

Die Kosten für die Testsubstanzen hat man aus den Diagnostikkomplexen ebenfalls herausgelöst, jedoch nur für solche, die im Rahmen der allergologischen Diagnostik nach GOP 30110/30111 eingesetzt werden. Sie sehen hier die entsprechenden Kostenpauschalen - ansetzbar je Diagnostikkomplexleistung. Der alte Baufehler des EBM für Testungen, die nach anderen Leistungen erfolgen, wurde leider beibehalten. Die neuen Kostenpauschalen gelten hier nicht, so dass die Kostentragung regional, z.B. in der Sprechstundenbedarfsvereinbarung, geregelt werden muss. Über die gesamte Therapie gerechnet, wurde die Allergologie aufgewertet. Gebührenpositionen für die Sublingualtherapie wurden jedoch nicht eingeführt.



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.

Strukturelle Änderungen des EBM ab 01.04.2020



13652 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 13650 für eine Erstverordnung der Sauerstofflangzeittherapie 28,79 €
262 Punkte

Obligatorer Leistungsinhalt

- Bestimmungen des Säurebasenhaushalts und des Gasdrucks im Blut (Blutgasanalyse) in Ruhe
- ohne Sauerstoffinsufflation und
- unter Sauerstoffinsufflation,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestimmungen des Säurebasenhaushalts und des Gasdrucks im Blut (Blutgasanalyse) unter definierter und reproduzierbarer Belastung, einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 13652 ist nur bei Vorliegen mindestens einer der folgenden Erkrankungen gemäß ICD-10-GM berechnungsfähig: J96.0- Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert, J96.1- Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert und J96.9- Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet. Bei Vorliegen einer Erkrankung gemäß ICD-10-GM J96.0- Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert ist die Gebührenordnungsposition 13652 nur mit medizinischer Begründung berechnungsfähig.

Folie 24 - Hier haben die Pneumologen noch eine neue Leistung bekommen, die schon genannte Erstverordnung von Sauerstoff-Langzeittherapie – 28,79 € hört sich zunächst gut an. Sie wird gebraucht bei etwa 1 bis 2 % der Patienten und ist beschränkt auf die Erstverordnung. Die Leistung beeinflusst den Honorarumsatz deshalb kaum.

Top-Leistungen der Fachgruppe



GOP	GOP-Bezeichnung	Leistungs- höchstgrenze Gebührenordnung	Anzahl abschneidende Ärzte	Honorar- satzanteil in Prozent
13650	Zusatzpauschale Pneumologisch Diagnostischer Komplex	73,1%	1.114	33,2%
13642	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	49,8%	1.119	13,2%
13641	Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	44,0%	1.118	11,3%
34241	Übersichtsaufnahme der Brustorgane, zwei Ebenen	13,3%	745	2,6%
13644	Zuschlag für die pneumologisch-interne Grundversorgung	10,6%	1.106	0,6%
13646	Zuschlag zur GOP 13644	10,3%	1.106	0,2%
13651	Zuschlag unspezifischer Provokationstest	6,7%	1.002	2,9%
30130	Hyposensibilisierungsbehandlung	6,1%	984	0,8%
30900	Kardiorespiratorische Polygraphie	5,7%	988	4,1%
30111	Allergiediagnostik II	5,5%	1.057	3,1%
01430	Verwaltungskomplex	3,9%	690	0,1%
34240	Übersichtsaufnahme der Brustorgane, eine Ebene	2,7%	638	0,3%
30901	Kardiorespiratorische Polysomnographie	2,5%	226	8,5%
01602	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	1,5%	410	0,0%
13250	Zusatzpauschale fachinterne Behandlung	1,5%	418	0,3%
02500	Einzelinhalationstherapie mit Vernebler	1,2%	315	0,0%
30410	Atemgymnastik (Einzelbehandlung)	1,0%	91	0,1%
02100	Infusion	1,0%	589	0,1%
30131	Zuschlag zu der GOP 30130	0,7%	421	0,1%
13675	Zusatzpauschale Onkologie	0,6%	652	0,1%

Reale Top-Leistungen der Praxis betrachten!

Umverteilung innerhalb der Fachgruppe ?

(Quelle: www.kbv.de
Angaben der KBV, Honorarbericht Quartal 2/2016)

Folie 25 - Jetzt sind wir bei einem Punkt angelangt, an dem Sie ansetzen könnten, wenn Ihnen die Leistungsmengenentwicklung in einem Fachgebiet Sorgen bereitet. Ich habe hier die Top-Leistungen der Fachgruppe Pneumologie herausgesucht. Sie finden sie in den KBV-Honorarberichten, allerdings aus dem Jahre 2016. Die Leistungsstruktur der meisten Fachgebiete hat sich bis heute kaum geändert. Sie haben aber etwas noch Aktuelleres, Aussagekräftigeres - ihre eigenen Tabellen zur Häufigkeitsstatistik in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, die sie im Mitgliederbereich der KV im Internet abfragen oder von der KV automatisch bekommen. Ich empfehle Ihnen, diese Statistiken regelmäßig auszuwerten.



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.

Änderung des Leistungsspektrums als Option? (Beispiel: Verdoppelung Allergologie u. Schlafmedizin)									
GOP	Häufigkeit je Behandlungsfall, %	Bewertung, Punkte		Fallwertanteil, Punkte		GOP	Häufigkeit je Behandlungsfall, %	Bewertung, Punkte	
		bis 31.03.2020	ab 01.04.2020	bis 31.03.2020	ab 01.04.2020			bis 31.03.2020	ab 01.04.2020
13647	93,8	6	6	5,628	5,628	13647	93,8	6	5,628
13650	73,1	377	291	275,587	212,721	13650	73,1	377	275,587
13642	49,8	210	211	104,580	105,078	13642	49,8	210	104,580
13641	44,0	202	208	88,880	91,520	13641	44,0	202	88,880
34241	13,3	152	146	20,216	19,418	34241	13,3	152	20,216
13644	10,6	41	41	4,346	4,346	13644	10,6	41	4,346
13646	10,3	11	11	1,133	1,133	13646	10,3	11	1,133
13651	6,7	375	367	25,125	24,589	13651	6,7	375	25,125
30130	6,1	94	102	5,734	6,222	30130	12,2	94	11,468
30900	5,7	589	640	33,573	36,480	30900	11,4	589	67,146
30100	5,5	0	260	0,000	14,300	30100	5,5	0	260
30111	5,5	458	220	25,190	12,100	30111	5,5	458	25,190
01430	3,9	12	12	0,468	0,468	01430	3,9	12	0,468
34240	2,7	85	82	2,295	2,214	34240	2,7	85	2,295
30901	2,5	3.165	3.694	79,125	92,350	30901	2,5	3.165	79,125
01602	1,5	12	12	0,180	0,180	01602	1,5	12	0,180
13250	1,5	157	151	2,355	2,265	13250	1,5	157	2,355
02500	1,2	14	12	0,168	0,144	02500	1,2	14	0,168
30410	1,0	74	74	0,740	0,740	30410	1,0	74	0,740
02100	1,0	57	67	0,570	0,670	02100	1,0	57	0,570
30131	0,7	71	80	0,497	0,560	30131	1,4	71	0,994
13675	0,6	191	191	1,146	1,146	13675	0,6	191	1,146
40351	5,5	0	60,5	0,000	3,328	40351	5,5	0	60,5
Gesamt, Punkte				677,536	637,600	Gesamt, Punkte			717,340
Fallwertverlust, Punkte					-5,894	Fallwertverlust, Punkte			-5,895
Fallwert vor HVM, €		angefordert		74,53	70,14	Fallwert vor HVM, €		angefordert	78,91

Folie 26 - Die Statistik enthält für Ihre Ärzte die eigenen tatsächlichen Häufigkeiten der Ansätze von Leistungen – absolut und von Hundert der Behandlungsfälle. Man kann leicht nachrechnen, wie viel Prozent des Leistungsumsatzes auf welche Leistungen oder den mittleren Fallwert entfallen. Ich habe hier diese Häufigkeiten als Fachgruppendurchschnittswerte abgeschrieben, mit den entsprechenden Prozentsätzen der Häufigkeit im Behandlungsfall bewertet – und dann anschließend die Höhe der Verluste je Leistung berechnet. So sieht man hier unten, dass die Leistungsmenge unter Berücksichtigung dieser Häufigkeiten von einem Punktevolumen von früher 677 Punkten je Patient ab 01. April 2020 auf 637 Punkte zurückgeht. Das entspricht einem Verlust von 5,8 oder 5,9 Prozent-Punkten.

Besondere Beachtung in Bezug auf Abwertungen verdienen vor allem die oft benötigten Leistungen. Dazu finde ich hier in der Tabelle ganz oben die Bodyplethysmographie. So haben wir hier ganz einfach einmal bei der Hyposensibilisierung und bei der Kardiopulmonalen Polygraphie die Häufigkeiten verdoppelt, ein realistisches Szenario. Wir wissen aus der Fachliteratur, dass diese Patienten in jeder Praxis vorhanden sind. So kann man ohne weiteres den durchschnittlichen Fallwert nach EBM auf dem Niveau halten, das vor der Umbewertung bestand. Das wäre eine auch medizinisch sinnvolle, kostengünstige Maßnahme zum Erhalt des abgerechneten Leistungsvolumens.



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.

Änderung des Leistungsspektrums als Option?



Die KVen werden die bisherige Struktur der Honorarverteilung grundsätzlich beibehalten.

Empfehlung:

- Abgerechnetes Leistungsvolumen beibehalten, ggf. bei Gesprächsleistungen steigern, Gesprächsbudgets ausschöpfen (Cave: Plausibilitätsprüfung)
- Leistungsspektrum überdenken, ggf. medizinisch sinnvoller Umbau
- Fallzahlen beibehalten, ggf. steigern (Cave: TSVG-Fälle)
- Änderung von HVM-Regelungen beachten

Folie 27 - Zusammengefasst gilt daher folgende Empfehlung:

- *Sichern Sie zunächst, dass die Leistungsmengen in Bereichen, die den Honorarumsatz ihrer Ärzte in den jeweiligen Fachgruppen wesentlich prägen, nicht zurückgehen. Bei Hausärzten haben Sie das Problem nicht, denn die wichtigen Pauschalen haben ihre Bewertungen behalten. Bei Kinderärzten sind sie sogar aufgewertet worden. In vielen Fachgebieten wurden die Grundpauschalen höher bewertet.*
- *Bei den budgetierten Gesprächsleistungen im Haus- und Kinderarztbereich prüfen Sie bitte, ob Sie die Budgets ausgeschöpft haben. Die Budgets für diese Leistungen sind im EBM entsprechend der Höherbewertung der Gesprächsleistungen ebenfalls erhöht. Die Ärzte kommen bei Budgeterhöhung kaum in die Plausibilitätsprüfung, vorausgesetzt, sie schreiben die Leistungen nicht alle auf denselben Tag oder rechnen weit über dem Budget ab. Also Vorsicht bitte.*
- *Leistungsspektrum überdenken, wenn die Ärzte sich auf diejenige Leistungen spezialisiert hatten, die deutlich abgewertet werden. Eventuell medizinisch sinnvollen Umbau als alternative Ergänzung zum Spektrum suchen, aber keine Verweigerung notwendiger Leistungen. Fallzahlen sollten beibehalten werden.*

So retten Sie Ihre Budgets. Weitere Betrachtungen zu Abrechnungsdetails würden unseren heutigen Rahmen sprengen. Bitte schauen Sie selbst auf die Umsetzung im HVM, die KVen werden große Umverteilungen nicht zulassen.



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.



Einfluss von Strukturänderungen und Klarstellungen
des EBM auf die Leistungsabrechnung beachten !

Folie 28 - Im Rahmen der EBM-Überarbeitung hat man teilweise erhebliche Strukturänderungen mit Einfluss auf die Leistungsabrechnung vorgenommen, die nicht übersehen werden dürfen.



Strukturelle Änderungen des EBM ab 01.04.2020 (beispielhaft)

01745 Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs gemäß Abschnitt D. II.
der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie 27,80 €
253 Punkte

Obligatorer Leistungsinhalt

- Anamnese,
- Visuelle Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines,
- Befundmitteilung einschließlich diesbezüglicher Beratung,
- Dokumentation gemäß Abschnitt D. II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung über weitergehende Maßnahmen,
- Auflichtmikroskopie/Dermatoskopie

*Erfolgt die Erstuntersuchung nicht durch einen Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, so muss der Patient im Falle eines auffälligen Befundes zur Zweituntersuchung an einen entsprechenden Facharzt weitergeleitet werden.
Die visuelle Untersuchung mittels vergrößernden Sehhilfen ist Bestandteil der Gebührenordnungsposition 01745.*

Hausärzte
Dermatologen

Folie 29 - Ein kleines Beispiel: Wir haben hier die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs. Bisher nahmen die Hautärzte und die Allgemeinmediziner ca. 20 € für den Einsatz des Dermatoskops als Igel-Leistung. Jetzt haben nette Menschen das Dermatoskop in den EBM als fakultative Leistung mit einbezogen und die Bewertung der Leistung um 4 € hoch gesetzt. Das heißt, man verliert 20 €, gewinnt 4 € und muss immer ein Dermatoskop o.Ä. vorhalten.

Allein schon von der diagnostischen Aussage her ist man mit Dermatoskop, wenn man es benutzt, auf der sicheren Seite. Ich weiß jedoch nicht, was die KBV hier veranlasst hat, diese Igelleistung einfach kaputt zu machen. Bei anderen Leistungen gibt es so etwas jedoch 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.

Strukturelle Änderungen des EBM ab 01.04.2020 (beispielhaft)



01770 Betreuung einer Schwangeren gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) <i>Obligator Leistungsinhalt</i> - Beratungen und Untersuchungen gemäß den Mutterschafts-Richtlinien, - Ultraschalluntersuchungen nach Anlage 1a ggf. mit Biometrie ohne systematische Untersuchung der fetalen Morphologie und Anlage 1b der Mutterschafts-Richtlinien, - Bilddokumentation(en), - Dokumentation im Mutterpass, einmal im Behandlungsfall <i>Die Gebührenordnungsposition 01770 ist höchstens viermal je Schwangerschaft berechnungsfähig.</i> <i>Die Gebührenordnungsposition 01770 ist ausschließlich in Quartalen berechnungsfähig, in denen eine Schwangerschaft vorliegt.</i>	128,11 € 1166 Punkte
---	---------------------------------

Frauenheilkunde

Folie 30 - Bei der Schwangeren-Betreuung haben wir in der Vergangenheit immer wieder Diskussionen gehabt, wie denn die Betreuung korrekt abgerechnet wird. Das ist viel Geld für die meisten gynäkologischen Praxen. Die Leistung ist in einer Richtlinie geregelt, eingeschlossen die anhängende Prüfzeit.

Jetzt schreibt man hier präzisierend, die *GOP 01770* ist höchstens vier Mal in der Schwangerschaft berechnungsfähig und nur in Quartalen, in denen eine auch Schwangerschaft vorliegt. Damit hat man eine Obergrenze definiert – zur Klarstellung. Fehlt nur noch eine Festlegung zur Abrechnung im Zusammenhang mit der ewig streitigen Empfängnisregelung.

Strukturelle Änderungen des EBM ab 01.04.2020 (beispielhaft)



01822 Beratung einschließlich Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung <i>Obligator Leistungsinhalt</i> - Leistungen gemäß den Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des Gemeinsamen Bundesausschusses, - Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung (Nr. 01821), - <u>Untersuchung gemäß den Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des Gemeinsamen Bundesausschusses,</u> höchstens zweimal im Krankheitsfall	12,42 € 113 Punkte
--	-------------------------------

Frauenheilkunde

Folie 31 - Das gleiche hat man mit der *GOP 01822* getan – das ist die Empfängnisregelung. Hier war vorher eine Untersuchung vorgeschrieben, die irgendwann im letzten halben Jahr und aus verschiedenem Anlass stattgefunden haben konnte. Jetzt schreibt man die Untersuchung in den obligaten Leistungsinhalt hinein, womit sie jetzt stattzufinden hat. Zudem wurde die Abrechnungshäufigkeit eingeschränkt. Das ist ein veränderter Leistungsinhalt, der sich so in der Bewertung der Ziffer nicht widerspiegelt. Wir hatten bisher eine umsatzrelevante Quartalsziffer, die man in jedem Behandlungsfall abrechnen konnte, d. h. bei bestimmten Praxen dürfte im Bereich der sonstigen Hilfen der Honorarumsatz ein Stückchen zurückgehen. Das ist nicht angenehm, weil es der Umsatz im Bereich der Krebsvorsorge ebenfalls tut, die seit dem 01. Januar 2020 neu strukturiert ist.



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.

Strukturelle Änderungen des EBM ab 01.04.2020 (beispielhaft)



05310 Präanästhesiologische Untersuchung bei einer ambulanten oder belegärztlichen Operation der Abschnitte 31.2, 36.2 oder bei einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 05320, 05330, 05340, 05341, 05360 oder 05370 <u>Obligator Leistungsinhalt</u> - Überprüfung der Narkosefähigkeit des Patienten, - Aufklärungsgespräch mit Dokumentation, <u>Fakultativer Leistungsinhalt</u> - Auswertung ggf. vorhandener Befunde, - In mehreren Sitzungen, einmal im Behandlungsfall	14,50 € 132 Punkte
---	-------------------------------

Anästhesiologie

Folie 32 - Für die Anästhesisten gibt es positive Veränderungen. Bisher durften bei Zahnarztanästhesien keine präanästhesiologischen Untersuchungen abgerechnet werden. Jetzt gibt es eine neue GOP – es bleibt aber die Frage, ob die KV das Honorar dafür hat. Beliebt sind Zahnarztanästhesien bei den Anästhesisten nicht, weil schlecht bezahlt. Aber irgendjemand muss sie ja doch durchführen – für behinderte Patienten, für Kinder – von daher ist für die Fachgruppe durchaus interessant, was sich hier verändert hat.

Strukturelle Änderungen des EBM ab 01.04.2020 (beispielhaft)



13545 Zusatzpauschale Kardiologie I <u>Obligator Leistungsinhalt</u> - Duplex-Echokardiographische Untersuchung (Nr. 33022), - Druckmessung(en), <u>Fakultativer Leistungsinhalt</u> - Infusion(en) (Nr. 02100), - Arterielle Blutentnahme (Nr. 02330), - Intraarterielle Injektion (Nr. 02331), - Belastungs-EKG (Nr. 13251), - Aufzeichnung Langzeit-EKG (Nr. 13252), - Computergestützte Auswertung Langzeit-EKG (Nr. 13253), - Langzeit-Blutdruckmessung (Nr. 13254), - Doppler-Echokardiographische Untersuchung (Nr. 33021), - Echokardiographische Untersuchung (Nr. 33020), - Untersuchung mittels Einschwemm-katheter in Ruhe, - Untersuchung mittels Einschwemm-katheter in Ruhe sowie während und nach physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung, - Laufbandergometrie(n), - Intraluminale Messung(en) des Arterien-drucks oder des zentralen Venendrucks, - Messung(en) von Herzzeitvolumen und/oder Kreislaufzeiten, - Applikation der Testsubstanz(en), einmal im Behandlungsfall	81,19 € 739 Punkte GOP 33030 (79,22 €) GOP 33031 (88,67 €) für Stressecho daneben berechnungsfähig!
--	---

Innere Medizin/Kardiologie

Folie 33 - Sodann kommt hier etwas für die Kardiologen, da muss ich etwas weiter ausholen. Die Kardiologen waren verstimmt, dass man ihnen die Zusatzpauschale Kardiologie II weggenommen hat. In der Kardiologiepauschale I ist die Duplex-Echo-Kardiographie enthalten – auch als GOP 33022 bekannt. Die Zusatzpauschale Kardiologie II war für die Stressechokardiographie unter definierter mechanischer oder pharmakologischer Belastung gedacht und deutlich höher bewertet. Jetzt hat man die Pauschale II gestrichen und die verbliebene marginal aufgewertet. Sie ist also höher vergütet als die alte Kardiologiepauschale I und dennoch diskutieren die Kardiologen über Reduzierungen ...

Ein Stressecho dauert außerordentlich lange und ist in nicht sehr vielen Fällen indiziert. Man hat es schon in der Vergangenheit selten durchgeführt, aber wer eine Kippliege hatte oder die Genehmigung zur Durchführung mit pharmakologischer Belastung, der bekam entsprechend Zuweisungen und konnte die Kardiologiepauschale II



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.

außerdem auch mit dem normalen Duplex-Echo erfüllen. Jetzt ist von vielen Kardiologen übersehen worden, dass neben der Kardiologie-Pauschale die Abrechnung des Stressechos nicht mehr ausgeschlossen ist. D.h. wer wirklich das Stressecho durchführen will, der kann hier die entsprechende GOP daneben abrechnen und bekommt dadurch mehr Honorar als früher. Der Protest ist unberechtigt. Man hat lediglich Sorge getragen, dass Ärzte, die kein Stressecho durchführen, es auch nicht bezahlt bekommen. Ich denke, dies hat etwas mit Fairness zu tun. Schon immer gibt es in der Kardiologie mehrere Strategien, wie man ein wirtschaftliches Leistungsspektrum hinbekommt. Das würde jedoch unseren heutigen Rahmen sprengen, und müsste im Rahmen einer Abrechnungsschulung diskutiert werden.

Strukturelle Änderungen des EBM ab 01.04.2020 (beispielhaft)			
33030	Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung in Ruhe und unter physikalisch definierter und reproduzierbarer Stufenbelastung, je Sitzung	79,22 € 721 Punkte	Innere Medizin/Kardiologie
33031	Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung in Ruhe und unter standardisierter pharmakodynamischer Stufenbelastung, je Sitzung	88,67 € 807 Punkte	
Die Sachkostenpauschalen wurden um 20 Prozent abgesenkt. Perspektivisch werden die Sachkostenpauschalen im Zuge einer Umstrukturierung des gesamten Kapitels 25 bis spätestens zum 1. Januar 2021 aufgelöst.			Strahlentherapie

Folie 34 - Die Leistung der einfachen Duplex- Echo-Kardiographie ist im EBM aufgewertet worden. Es ist also nicht so, dass die Leistung unzureichende Anerkennung gefunden hat. Hier sehen Sie die noch einmal die entsprechenden Leistungen.

Im Pausengespräch kamen wir auf die Strahlentherapie – siehe unten auf der Folie - hier hat man die Sachkostenpauschale um 20 % abgesenkt. Perspektivisch sollen die Sachkostenpauschalen im Zuge einer Umstrukturierung des gesamten Kapitels 25 bis spätestens zum 1. Januar 2021 ganz aufgelöst und stattdessen in die GOPs mit einbezogen werden. Dazu läuft die Diskussion um eine Abwertung der Vergütung. In den Folien der KV auf der „Konzertierten Aktion“ war es als Aufgabe enthalten.



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.

Strukturelle Änderungen des EBM ab 01.04.2020 (beispielhaft)											
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
16210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	nein	240	195 Punkte		KA	12	15	10	Nur Quartalsprofil	Nur Quartalsprofil
16211	Grundpauschale 6.-59. Lebensjahr	nein	228	183 Punkte		KA	12	16	10	Nur Quartalsprofil	Nur Quartalsprofil
16212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	nein	230	184 Punkte		KA	12	16	10	Nur Quartalsprofil	Nur Quartalsprofil
21210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	nein	209	201 Punkte	2. Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie sowie Fachärzte, die Fachärzte für Neurologie und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sind, berechnen abweichend von Nr. 6 der Allgemeinen Bestimmungen immer die Grundpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215 sowie den Zuschlag für die nervenheilkundliche Grundversorgung nach der Gebührenordnungsposition 21225 und						
21211	Grundpauschale 6.-59. Lebensjahr	nein	196	192 Punkte							
21212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	nein	200	191 Punkte							
21213	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	nein	281	273 Punkte							
21214	Grundpauschale 6.-59. Lebensjahr	nein	265	253 Punkte		KA	18	19	14	Nur Quartalsprofil	Nur Quartalsprofil
21215	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	nein	269	261 Punkte		KA	18	20	15	Nur Quartalsprofil	Nur Quartalsprofil

Neurologen

Psychiater

Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie

Folie 35 - Jetzt noch etwas Positives: Wir haben seit langen Quartalen immer wieder den Streit mit der KV zur Abrechnung der Grundpauschale Neurologie und Psychiatrie. Es gibt Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, die besitzen den „gemeinsamen“ Facharztabschluss „Neurologie und Psychiatrie“. Dann gibt es Fachärzte für Neurologie, die führen den „Facharzt für Neurologie“ und zusätzlich den „Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“. Man könnte jetzt sagen, die Qualifikation ist die gleiche. Die KV sah dies ganz und gar nicht so.

In der Tabelle sehen Sie die entsprechenden alten Bewertungen. Dann kommen hier an der Stelle die Psychiater, da ist es deutlich weniger und hier sind die Nervenärzte und die „Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie“.

Ich habe es einmal für eine Durchschnittspraxis ausgerechnet: Bei einer durchschnittlichen Scheinzahl sind es im Jahr mehr als 2.000 € Honorar, die lediglich durch die unpassende Berufsbezeichnung verloren gehen, ohne dass die Ärzte abrechnungstechnisch etwas anderes tun. Jetzt kommt in der Präambel des Fachkapitels im EBM die Lösung, indem Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie sowie die sowohl Fachärzte für Neurologie als auch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie jetzt die GOPs 21213 bis 21215 berechnen dürfen. Bisher hatte die KV nur angeboten, die Ärzte mit dem doppelten Facharzt mögen sich zum Neurologen erklären, was viele nicht getan haben, z.B. mangels neurologischen Patientengutes, oder zum Psychiater, was dazu führte, dass sie die am schlechtesten vergüteten Pauschalen bekamen.

Jetzt können die höheren Pauschalen abgerechnet werden. Falls Sie solche Fälle in ihren MVZ haben, denken Sie bitte daran, das umzustellen. Ab 01. April 2020 haben Sie einen Rechtsanspruch auf die bessere Vergütung – und es müssen keine Widersprüche mehr geschrieben werden. Insofern ist das eine feine Sache.



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.

Strukturelle Änderungen des EBM ab 01.04.2020 (beispielhaft)



33046 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 33020 bis 33022, 33030, 33031 und 33042 bei Durchführung der Echokardiographie/ Sonographie des Abdomens mit Kontrastmitteleinbringung <i>Obligator Leistungsinhalt</i> - Kontrastmitteleinbringung(-en) <i>Die Gebührenordnungsposition 33046 ist entgegen der Leistungslegende auch dann als Zuschlag zu anderen Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig, sofern mindestens eine der in der Leistungslegende der Gebührenordnungsposition 33046 genannten Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 33020 bis 33022, 33030, 33031 und 33042 obligator oder fakultativer Leistungsinhalt dieser Gebührenordnungspositionen ist und deren Durchführung mit Kontrastmitteleinbringung(en) erfolgt.</i>	8,35 € 76 Punkte
---	-----------------------------

Folie 36 - Dann haben wir noch einige interessante, jedoch betriebswirtschaftlich marginale Änderungen. Und zwar sind jetzt bei Echo-Kardiographien und Abdomen-Sonographien Kontrastmitteluntersuchungen mit einem Aufschlag berechnungsfähig. Dies ist der richtige Ansatz, weil seit Jahren dafür in den spezialisierten Praxen Kosten entstehen. Darauf wäre in Praxen, die diese sonographischen Leistungen gegebenenfalls erbringen, hinzuweisen.

Strukturelle Änderungen des EBM ab 01.04.2020 (beispielhaft)



33100 Muskel- und/oder Nervensonographie zur weiteren Klärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung, inkl. Nervenkompressionssyndrom mittels B-Mode-Verfahren <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> - Duplex-Verfahren, je Sitzung <i>Die Gebührenordnungsposition 33100 ist im Behandlungsfall höchstens viermal berechnungsfähig.</i> <i>Die Gebührenordnungsposition 33100 ist ausschließlich als Zusatzdiagnostik nach erfolgter elektroneurographischer und/oder elektromyographischer Untersuchung berechnungsfähig und setzt das Vorliegen der Ergebnisse einer Untersuchung nach der Gebührenordnungsposition 04437 oder 16322 in dem laufenden oder im vorausgegangenen Quartal voraus.</i> <i>Die Gebührenordnungsposition 33100 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 33050 berechnungsfähig.</i>	7,91 € 72 Punkte Neurologen Nervenärzte vs. GOP 33081 6,81 €
---	--

Folie 37 – So. Wir hatten im Dezember ein spannendes Gespräch in Sachsen mit einem Arzt, der sich auf Nervensonographie spezialisiert hatte. Dieser hat das in großem Umfang als Igelleistung abgerechnet. In der Diskussion kam die Frage auf, ist das richtig? Es wurde die KV Sachsen angeschrieben. Die KV Sachsen hat die Falschauskunft gegeben, dies sei eine Igelleistung. Der Fachverband war anderer Meinung, sagte jedoch, man soll ruhig „IGeLn“, weil die damalige Ersatzleistung - dies war *GOP 33081* - nur 6,81 € brachte. Das wäre zu wenig für eine aufwendige Sonographie, und es wurde der Antrag gestellt, diese Leistung vernünftig vergütet in den EBM aufzunehmen. *Sie lachen – Sie haben schon gesehen, wie die vernünftige Vergütung aussieht.*

Auch diese unterscheidet sich von 20 € für die IGeL-Leistung deutlich. Also sagen Sie bitte Ihren Ärzten, dass es ab 01. April 2020 mit der „IGeLei“ vorbei ist, und dass sie dann *GOP 33100* abrechnen müssen.



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.

Strukturelle Änderungen des EBM ab 01.04.2020 (beispielhaft)



13505 Aderlass mit Entnahme von mindestens 200 ml Blut	18,13 €
<i>Obligator Leistungsinhalt</i>	165 Punkte
- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt	
<i>Die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 13505 ist entgegen der Bestimmungen im Anhang 1 des EBM für Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie neben den Grundpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 13490 bis 13492 berechnungsfähig.</i>	
<i>Die Gebührenordnungsposition 13505 ist ausschließlich bei Patienten mit den Diagnosen Polycythaemia vera (ICD-10-GM: D45) und/oder Hämochromatose (ICD-10-GM: E83.1) berechnungsfähig.</i>	
<i>Die Gebührenordnungsposition 13505 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.1, 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.</i>	

Innere Medizin/Onkologie

Folie 38 – So, hier haben wir zum Abschluß noch eine Leistung für Onkologen. Ich wollte darauf hinweisen, weil sie diese relativ häufig für bestimmte Therapien brauchen. Also nur mit den passenden ICD10-Codierungen dürfen Sie den Aderlass abrechnen. Bitte darauf hinweisen, dass die Ziffer jetzt hier enthalten ist. Es ist eine neue Leistung - nicht ausgegliedert aus anderen. Ich gehe also davon aus, dass die KV sie – wie alle neuen Leistungen – gegebenenfalls zunächst extrabudgetär vergütet.

Folie 39 - So, damit hätten wir es geschafft, vielen Dank!

Vielen Dank für Ihr Interesse!



Frank Welz
med.concept Frankfurt (O) GmbH
Stendaler Str. 26
15234 Frankfurt (O)
☎ 0335/4011700
email f.welz@web.de



Autor von Folien und Skript ist Dipl. Ing. Frank Welz

med.concept Frankfurt/Oder GmbH

Stendaler Str. 26

15234 Frankfurt/Oder

Mail: welz@mcg-med-concept.de

Fon: 0335 – 4011 700