

# **EBM-REFORM: ÜBERSICHT DER AUS- WIRKUNGEN JE FACHGRUPPE**

**DAS IST NEU AB 1. APRIL: STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN UND  
BEWERTUNG DER TOP-LEISTUNGEN**

**DEZERNAT VERGÜTUNG  
UND GEBÜHRENORDNUNG**

**17. JANUAR 2020**

# INHALT

---

<b>EINLEITUNG</b>	<b>3</b>
Betriebswirtschaftliche Kalkulationsgrundlage	3
Strukturelle Änderungen	4
Ausblick	5
<hr/>	
<b>CHIRURGIE</b>	<b>6</b>
Allgemeine Hinweise	6
Entwicklung der Top-Leistungen	6
Strukturelle Änderungen	7
<hr/>	
<b>ORTHOPÄDIE</b>	<b>8</b>
Allgemeine Hinweise	8
Entwicklung der Top-Leistungen	8
Strukturelle Änderungen	9

# EINLEITUNG

Nach mehrjährigen Verhandlungen haben sich die KBV und der GKV-Spitzenverband auf eine „kleine“ EBM-Reform geeinigt. Der neue EBM gilt ab 1. April 2020. Wir geben Ihnen auf den folgenden Seiten eine Übersicht der wichtigsten strukturellen Änderungen sowie eine Aufstellung der Leistungen mit dem höchsten Leistungsbedarf (Top-Leistungen) je Fachgruppe vor und nach der Umsetzung der EBM-Weiterentwicklung.

Im diesem Kapitel fassen wir noch mal kurz die wichtigsten Grundlagen der Überarbeitung des EBM zusammen. Sie lässt sich in drei wesentliche Bereiche unterteilen:

- › **Betriebswirtschaftliche Kalkulationsgrundlage:** Die betriebswirtschaftliche Kalkulationsgrundlage wurde angepasst. Sie betrifft die Praxiskosten und Zeitansätze für die einzelnen Leistungen. Hier stand die Bewertung aller EBM-Leistungen auf dem Prüfstand.
- › **Förderung der sprechenden Medizin:** Hinzu kam der gesetzliche Auftrag aus dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), die Angemessenheit der Bewertung von Leistungen zu aktualisieren, die einen hohen technischen Leistungsanteil aufweisen, das heißt: Absenkung der technischen Leistungen bei gleichzeitiger Förderung der sprechenden Medizin.
- › **Strukturelle Änderungen:** Strukturelle Änderungen wurden wegen der Ausgabenneutralität der EBM-Weiterentwicklung auf das Nötigste reduziert.

## BETRIEBSWIRTSCHAFTLICHE KALKULATIONSGRUNDLAGE

**Ziele:** Die Überprüfung und Anpassung der Bewertungen und Zeitanätze der einzelnen Leistungen erfolgte mit dem Ziel, für eine größere Honorargerechtigkeit zwischen und innerhalb der Arztgruppen zu sorgen. Außerdem ging es darum, die betriebswirtschaftliche Kalkulation der Leistungen zu schärfen, damit Ärzte und Psychotherapeuten ihre Praxen wirtschaftlich führen und ihr Leistungsspektrum besser am Bedarf der Versicherten ausrichten können.

**Anpassung der Bewertung:** Die Bewertung ärztlicher Leistungen erfolgt weiterhin auf Grundlage des Standardbewertungssystems (StaBS). Die Systematik des StaBS wurde grundsätzlich beibehalten. Insbesondere folgende Daten des StaBS wurden angepasst:

- › Aktualisierung des kalkulatorischen Arztlohns (von 105.571,80 Euro auf 117.060 Euro auf Basis der Steigerungswerte des Orientierungswertes der vergangenen Jahre).
- › Aktualisierung der Praxiskosten auf Basis der Kostenstrukturstatistik des Statistischen Bundesamtes.
- › Kalkulationszeiten der einzelnen Leistungen wurden aktualisiert.

**Plausibilisierung der Kalkulationszeiten:** Die Zeitanätze aller Leistungen im EBM wurden überprüft. Dabei wurde die tatsächliche (empirische) Arbeitszeit der Ärzte den kalkulierten Zeiten gegenübergestellt – mit dem Ergebnis, dass die abgerechneten Zeiten etwa doppelt so hoch lagen wie die Jahresarbeitszeit. Davon ausgehend fand eine medizinische Plausibilisierung der Zeitanätze unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts sowie der Delegationsfähigkeit von Leistungen statt.

**Ergebnis:** Die Plausibilisierung führt dazu, dass die Zeiten um durchschnittlich circa 30 Prozent gesenkt werden. Durch die Absenkung der Kalkulationszeiten geht kein Vergütungsvolumen verloren. Nicht in den Zeiten abgesenkt wurden Leistungen mit einer festen Taktung wie Gesprächsleistungen oder Anästhesien.

## Förderung der sprechenden Medizin

Insbesondere aufgrund des Ergebnisses der Plausibilisierung wurden die Gesprächsleistungen im EBM – wie im TSVG vorgegeben – höher bewertet – Beispiele:

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

Die Gesprächsleistungen der Kapitel 14, 16, 21, 22 und 23 wurden darüber hinaus untereinander angeglichen:

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

## STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN

**Ziel:** Ziel der strukturellen Anpassungen ist es, den EBM unter Berücksichtigung des aktuellen Stands von medizinischer Wissenschaft und Technik anzupassen und stärker am Versorgungsbedarf der Versicherten zu orientieren.

Es wurden unter anderem Klarstellungen vorgenommen sowie Regelungen in den Allgemeinen Bestimmungen des EBM konkretisiert und weiterentwickelt. Darüber hinaus gibt es redaktionelle und strukturelle Anpassungen in den einzelnen EBM-Kapiteln. So wurden beispielsweise verschiedene Leistungen inhaltlich erweitert, Berechnungsausschlüsse überarbeitet und in einzelnen Bereichen Sachkostenregelungen angepasst.

### Fachgruppenübergreifende strukturelle Änderungen

#### Allgemeine Bestimmungen

Es erfolgen verschiedene (Folge-)Anpassungen in den Allgemeinen Bestimmungen zum EBM, die der Klarstellung, Konkretisierung sowie Weiterentwicklung der Regelungen dienen.

Um klarzustellen, dass Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen ausschließlich in kurativen Behandlungsfällen und nicht in ausschließlich präventiven Behandlungsfällen berechnungsfähig sind, wird der erste Absatz der Nr. 4.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM entsprechend ergänzt und eine inhaltsgleiche achte Bestimmung zum Abschnitt 1.7 aufgenommen.

#### Präambeln der Fachgruppenkapitel 3 bis 27

Das Kapitel 40 „Kostenpauschalen“ wird zur Klarstellung der berechnungsfähigen GOP in die Präambeln 3.1 Nr. 5, 4.1 Nr. 7, 5.1 Nr. 4, 6.1 Nr. 3, 7.1 Nr. 5, 8.1 Nr. 5, 9.1 Nr. 3, 10.1 Nr. 4, 11.1 Nr. 5, 12.1 Nr. 3, 13.1 Nr. 7, 14.1 Nr. 3, 15.1 Nr. 3, 16.1 Nr. 4, 17.1 Nr. 3, 18.1 Nr. 3, 19.1 Nr. 3, 20.1 Nr. 3, 21.1 Nr. 4, 22.1 Nr. 3, 23.1 Nr. 3, 24.1 Nr. 3, 25.1 Nr. 3, 26.1 Nr. 3 und 27.1 Nr. 5 aufgenommen.

#### Abschnitt 1.1 Aufwandserstattung für die besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten

Der Zeitraum der Berechnungsfähigkeit der GOP 01102 (Samstagssprechstunde) wird von bisher 07:00 Uhr bis 14:00 Uhr auf 07:00 Uhr bis 19:00 Uhr ausgedehnt.

#### Abschnitt 31.2 Ambulante Operationen und Abschnitt 36.2 Belegärztliche Operationen

In den Präambeln 31.2.1 Nr. 8 und 36.2.1 Nr. 4 erfolgt jeweils eine Formulierungsanpassung des Begriffs „Operateur“ in „die Praxis (des Operateurs)“, da sich die Regelung auf die Praxis bezieht, in der die Operation durchgeführt wird, und nicht auf die Person des Operateurs.

Zudem erfolgt die Aufnahme der Samstagssprechstunde (GOP 01102) in die Präambel 31.2.1 Nr. 8 und in die Präambel 36.2.1 Nr. 4, damit sie im Zeitraum von drei Tagen nach der Operation berechnungsfähig ist.



Auf einzelne fachgruppenübergreifende strukturelle Änderungen, die bestimmte Fachgruppen besonders betreffen, weisen wir in den jeweiligen Abschnitten für die einzelnen Fachgruppen gesondert hin.

## AUSBLICK

### Änderungen, die zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen

Aufgrund der Rahmenbedingungen der EBM-Weiterentwicklung, insbesondere der vereinbarten Punktsommen- und Ausgabenneutralität, konnten nicht alle von den Fachgruppen vorgeschlagenen Änderungen umgesetzt werden. Für verschiedene Leistungsbereiche wurde aber das weitere Vorgehen vereinbart:

- › Mit Wirkung bis spätestens zum 1. Januar 2021 wird der Bewertungsausschuss eine Weiterentwicklung der strahlentherapeutischen Leistungen gemäß dem Kapitel 25 des EBM beschließen. Die Weiterentwicklung erfolgt jeweils zum Umstellungszeitpunkt punktsommen- und ausgabenneutral.
- › Mit Wirkung bis spätestens zum 1. Januar 2022 wird der Bewertungsausschuss eine Weiterentwicklung der Operationen (Abschnitt 31.2, 36.2, Gebührenordnungspositionen 01854, 01855, 01904 bis 01906) beschließen. Die Weiterentwicklung erfolgt jeweils zum Umstellungszeitpunkt punktsommen- und ausgabenneutral.
- › Der Bewertungsausschuss prüft spätestens bis zum 30. September 2020, inwieweit zur weiteren Förderung der Koordination der medizinischen Versorgung der Patienten und der Kooperation mit weiteren Ärzten der Bedarf besteht, konsiliarische Erörterungen in besonderen Versorgungsbereichen spezifischer im EBM abzubilden.

# CHIRURGIE

## ALLGEMEINE HINWEISE

Die Berufsverbände hatten eine Zusammenlegung der Kapitel 7 und 18 des EBM vorgeschlagen. Diese wurde im Rahmen der EBM-Weiterentwicklung nicht umgesetzt und soll nun in den Gremien des Bewertungsausschusses beraten werden.

**Hintergrund des Vorschlags:** Insbesondere bei der konservativen Behandlung überschneiden sich beide Arztgruppenkapitel. Des Weiteren könnte in diesem Zusammenhang die Anpassung des EBM an die Struktur des Fachgebiets Chirurgie in der (Muster-)Weiterbildungsordnung, die seit 2003 die beiden Fachrichtungen Orthopädie und Unfallchirurgie in einer Facharztausbildung zusammengeführt hat, erfolgen. Ein weiterer Aspekt für die Zusammenlegung der Kapitel 7 und 18 des EBM ist der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 20. September 2018 (Inkrafttreten 16. Januar 2019) zur Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie, durch die die Facharztgruppen Chirurgie und Orthopädie zusammengelegt worden sind.

## AUF EINEN BLICK

Entwicklung insgesamt für diese Fachgruppe: + 0,1 Prozent

- › Insgesamt ergeben sich wenige Änderungen im Zuge der Weiterentwicklung des EBM für die Fachgruppe Chirurgie.
- › Perspektivisch wird eine Zusammenlegung der Kapitel 7 und 18 angestrebt.
- › Die Umverteilung innerhalb der Fachgruppe erfolgt insbesondere zwischen eher technisch tätigen Ärzten und den eher konservativ tätigen Ärzten. Ärzte, deren Tätigkeitsschwerpunkt im sonografischen Bereich liegt, werden an Leistungsbedarf verlieren.

## ENTWICKLUNG DER TOP-LEISTUNGEN

ÜBERSICHT			
GOP	Beschreibung	Bewertung neu ab 1. April in Punkten	Bewertung alt in Punkten
07211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	231	221
07212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	267	255
31122	Eingriff der Kategorie C2	1542	1542
07220	Zuschlag für die chirurgische Grundversorgung	32	32
07311	Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und Erwachsenen	218	217
31503	Postoperative Überwachung 3	488	513

ÜBERSICHT			
31101	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1	881	881
33072	Duplex-Sonographie der Extremitätenver- und/oder entsorgender Gefäße	224	260

## STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN

### Kapitel 7 Chirurgische, kinderchirurgische und plastisch-chirurgische Gebührenordnungspositionen

**GOP 07345:** In der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)) ist geregelt, dass die Zusatzpauschalen für die Behandlung und/oder Betreuung von onkologischen Erkrankungen nach den GOP 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315 im Behandlungsfall nicht neben den Kostenpauschalen 86510, 86512, 86514, 86516 und 86520 gemäß Anhang 2 der Onkologie-Vereinbarung berechnet werden können. Diese Abrechnungsausschlüsse werden zur Erhöhung der Transparenz nun durch die Aufnahme einer Anmerkung ebenso bei den Onkologiepauschalen im EBM aufgeführt.

### Abschnitt 31.2 Ambulante Operationen und Abschnitt 36.2 Belegärztliche Operationen

In den Präambeln 31.2.1 Nr. 8 und 36.2.1 Nr. 4 erfolgt jeweils eine Formulierungsanpassung des Begriffs „Operateur“ in „die Praxis (des Operateurs)“, da sich die Regelung auf die Praxis bezieht, in der die Operation durchgeführt wird, und nicht auf die Person des Operateurs.

Zudem erfolgt die Aufnahme der Samstagssprechstunde (GOP 01102) in die Präambel 31.2.1 Nr. 8 und in die Präambel 36.2.1 Nr. 4, damit sie im Zeitraum von drei Tagen nach der Operation berechnungsfähig ist.

### Abschnitt 31.3 / 36.3 Postoperative Überwachungskomplexe

In den Präambeln 31.3.1 Nr. 1 und 36.3.1 Nr. 1 wird hinsichtlich der nur einmal berechnungsfähigen postoperativen Überwachungskomplexe eine Klarstellung vorgenommen, dass die diesbezügliche mit anderen Ärzten zu treffende Vereinbarung über die nur einmalige Abrechnung der Schriftform bedarf und der KV auf Anforderung nachzuweisen ist.

### Abschnitt 31.6.1 Orthopädisch-chirurgisch konservative Gebührenordnungspositionen

Die Nr. 1 der Präambel 31.6.1 wird dahingehend ergänzt, dass die aufgeführten Regelungen nicht für Berufsausübungsgemeinschaften gemäß § 1a Nr. 12 BMV-Ä gelten, sofern die Leistungen von unterschiedlichen Ärzten durchgeführt werden.

### Abschnitt 34.2 Diagnostische Radiologie

**GOP 34283:** Die GOP 34283 (Serienangiographie) ist in demselben Behandlungsfall nur neben bestimmten GOP berechnungsfähig, der Abschnitt 34.4 ist bisher ausgeschlossen. Sachgerecht ist nur der Ausschluss von Abschnitt 34.4.7 (MRT-Angiographien), da sonst in MVZ alle MRT-Leistungen ausgeschlossen sind, auch wenn sie von anderen Fachgruppen durchgeführt werden. Dementsprechend erfolgt die Aufnahme der Abschnitte 34.4.1 bis 34.4.6 in die zweite Anmerkung zur GOP 34283. Die zweite Anmerkung zur GOP 34283 wird zudem dahingehend ergänzt, dass die aufgeführten Regelungen nicht für Berufsausübungsgemeinschaften gemäß § 1a Nr. 12 BMV-Ä gelten, sofern die Leistungen von unterschiedlichen Ärzten durchgeführt werden.

# ORTHOPÄDIE

## ALLGEMEINE HINWEISE

Die Berufsverbände hatten eine Zusammenlegung der Kapitel 7 und 18 des EBM vorgeschlagen. Diese wurde im Rahmen der EBM-Weiterentwicklung nicht umgesetzt und soll nun in den Gremien des Bewertungsausschusses beraten werden.

**Hintergrund des Vorschlags:** Insbesondere bei der konservativen Behandlung überschneiden sich beide Arztgruppenkapitel. Des Weiteren könnte in diesem Zusammenhang die Anpassung des EBM an die Struktur des Fachgebiets Chirurgie in der (Muster-)Weiterbildungsordnung, die seit 2003 die beiden Fachrichtungen Orthopädie und Unfallchirurgie in einer Facharztausbildung zusammengeführt hat, erfolgen. Ein weiterer Aspekt für die Zusammenlegung der Kapitel 7 und 18 des EBM ist der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 20. September 2018 (Inkrafttreten 16. Januar 2019) zur Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie, durch die die Facharztgruppen Chirurgie und Orthopädie zusammengelegt worden sind.

## AUF EINEN BLICK

Entwicklung insgesamt für diese Fachgruppe: + 0,7 Prozent

- › Insgesamt ergeben sich wenige Änderungen für die Fachgruppe Orthopädie.
- › Perspektivisch wird eine Zusammenlegung der Kapitel 7 und 18 angestrebt.
- › In der aktuellen EBM-Weiterentwicklung wurden insbesondere die Bewertungsrelationen überprüft.

## ENTWICKLUNG DER TOP-LEISTUNGEN

ÜBERSICHT			
GOP	Beschreibung	Bewertung neu ab 1. April in Punkten	Bewertung alt in Punkten
18211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	192	182
18212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	222	210
30791	Durchführung einer Körperakupunktur	166	212
18331	Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Behandlung von degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und bei Erwachsenen	168	168
18311	Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und bei Erwachsenen	218	217
18220	Zuschlag für die orthopädische Grundversorgung	31	31
34221	Aufnahmen von Teilen der Wirbelsäule	140	152
30201	Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule	71	71
30790	Eingangsdagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur	516	470



## **STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN**

### **Abschnitt 1.1 Aufwandserstattung für die besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten**

**GOP 01102:** Der Zeitraum der Berechnungsfähigkeit der GOP 01102 (Samstagssprechstunde) wird von bisher 07:00 Uhr bis 14:00 Uhr auf 07:00 Uhr bis 19:00 Uhr ausgedehnt.

### **Abschnitt 2.1 Infusionen, Transfusionen, Reinfusionen, Programmierung von Medikamentenpumpen**

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

### **Abschnitt 31.6.1 Orthopädisch-chirurgisch konservative Gebührenordnungspositionen**

Die Nr. 1 der Präambel 31.6.1 wird dahingehend ergänzt, dass die aufgeführten Regelungen nicht für Berufsausübungsgemeinschaften gemäß § 1a Nr. 12 BMV-Ä gelten, sofern die Leistungen von unterschiedlichen Ärzten durchgeführt werden.