

Neuer EBM seit 1. April 2020

Änderungen zur Leistungsabrechnung

Nach mehrjährigen Verhandlungen haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband auf eine Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs geeinigt, die zum 1. April dieses Jahres in Kraft getreten ist. Wir haben wichtige Neuerungen speziell für Dermatologen zusammengestellt.

Berechnung allergologischer Leistungen neu geordnet

Im Rahmen der Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) zum 1. April 2020 ist es zu tiefgreifenden Veränderungen bei der Abrechnung allergologischer Leistungen gekommen. Bisher war es nicht möglich, eine allergologische Anamnese abzurechnen, ohne eine anschließende Allergietestung durchzuführen, da sie obligater Leistungsinhalt der Nrn. 30110 und 30111 EBM (Allergologiediagnostik I und II) war. Um nunmehr eine allergologische Anamnese von Allergie-Testverfahren abzugrenzen, wurde der Abschnitt 30.1 umstrukturiert und der Abschnitt 30.1.1 in „Allergologische Anamnese“ und der Abschnitt 30.1.2 in „Allergie-Testungen“ umbenannt. Damit einher geht eine deutliche Abwertung der Nrn. 30110 auf 258 Punkte und 30111 auf 220 Punkte (**Tab. 1**). Allerdings wird in Abschnitt 30.1.1 eine neue Nr. 30100 (65 Punkte) aufgenommen. Sie kann unabhängig von Allergietestverfahren für die allergologische Anamnese und/oder zur Beratung und Befundbesprechung nach Vorliegen der Ergebnisse der Allergietestung je vollendete fünf Minuten und bis zu viermal im Krankheitsfall abgerechnet werden. Die bislang im Abschnitt 30.1.1 angesiedelten Nrn. 30110 und 30111 EBM werden in den Abschnitt 30.1.2 überführt. Die spezifische allergologische Anamnese als obligater Leistungsinhalt entfällt. Neu eingeführt zur Durchführung der Testreihen im Rahmen der Allergiediagnostik werden darüber hinaus zwei Kostenpauschalen nach den Nrn. 40350 und 40351 EBM. Die Kostenpauschale 40350 in Höhe von

16,14 € ist bei der Abrechnung der Nr. 30110, die Kostenpauschale 40351 in Höhe von 5,50 € bei den Nrn. 13250, 13258 und 30111 abrechenbar.

Balneophototherapie bei Neurodermitis wird Kassenleistung

Nach einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 20. März 2020 wird die Balneophototherapie als synchrone oder asynchrone Photosoletherapie Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Eingeschränkt ist die Anwendung allerdings auf Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Neurodermitis.

Grundlage der Entscheidung waren Studien, die einen höheren Nutzen der Balneophototherapie gegenüber der trockenen UV-Bestrahlung bei Neurodermitis nachweisen konnten. Für Patienten, die jünger als 18 Jahre alt sind, liegen allerdings bisher keine entsprechenden Studienergebnisse vor. Deshalb soll die Indikationsstellung für diese Patientengruppe nur nach sorgfältiger Prüfung der zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten erfolgen.

Die Balneophototherapie kann als ambulante Leistung erbracht werden, nachdem der Bewertungsausschuss über die Höhe der Vergütung im EBM entschieden hat. Dafür hat er formal sechs Monate Zeit. Mit entsprechenden Abrechnungsziffern ist deshalb zum 1. Oktober 2020 zu rechnen.

Der G-BA ist vom Gesetzgeber beauftragt zu entscheiden, welchen Anspruch gesetzlich Krankenversicherte auf medizinische Untersuchungs- und Behandlungsmethoden haben. Im Rahmen eines



Dr. Gerd W. Zimmermann

schreibt an dieser Stelle regelmäßig zu den Themen Honorar und Abrechnung.

strukturierten Bewertungsverfahrens überprüft der G-BA, ob Methoden oder Leistungen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse in der vertragsärztlichen und/oder stationären Versorgung erforderlich sind. Im Ergebnis entscheidet der G-BA darüber, ob und inwieweit – das heißt für welche genaue Indikation und unter welchen qualitätssichernden Anforderungen – eine Behandlungsmethode ambulant und/oder stationär zulasten der GKV angewendet werden kann.

Die Bewertung der Balneophototherapie zum Einsatz in der vertragsärztlichen Versorgung erfolgte auf Antrag der KBV für die asynchrone Balneophototherapie und des AOK-Bundesverbands für die synchrone Balneophototherapie. Mit dem Einschluss zur Behandlung der mittelschweren bis schweren Psoriasis als vertragsärztliche GKV-Leistung war sie in Teilen abgeschlossen worden. Für die Indikation atopisches Ekzem war das Verfahren aufgrund der nicht hinreichenden Belege zu einem möglichen Nutzen beziehungsweise Schaden der Methode in Erwartung noch ausstehender Studienergebnisse zwischenzeitlich ausgesetzt worden. Am 15. Februar 2018 hatte der G-BA die Wiederaufnahme der Beratungen zur Überprüfung der synchronen Balneophototherapie bei atopischem Ekzem beschlossen. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

(IQWiG) legte den vom G-BA beauftragten Rapid Report im November 2018 vor. Neben den Ergebnissen des IQWiG berücksichtigte der G-BA bei seiner Entscheidungsfindung die Auswertung der anlässlich der Veröffentlichung des Beratungsthemas eingegangenen Einschätzungen einschließlich der dort benannten Literatur sowie die Stellungnahmen, die in zwei Stellungnahmeverfahren zum Beschlussentwurf eingeholt wurden.

Neue Abrechnungsregelungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie

Mit fortschreitender COVID-19-Ausbreitung geht auch die „Abrechnungs-Rallye“ weiter. Ganz aktuell wurde die Nr. 01434 (65 Punkte, 7,14 €) in den EBM aufgenommen: Dermatologen können die Leistung bis zu fünfmal, aber ausschließlich zusätzlich für telefonische Gespräche nach Nr. 01435 von mindestens fünf Minuten Dauer berechnen (Tab. 2).

Als grundsätzliche Voraussetzung für die Berechnung dieser Leistungen nennt die KBV, dass die Gespräche „wegen einer Erkrankung“ geführt werden müssen, die allerdings nicht in Verbindung mit einer COVID-19-Infektion stehen muss. Außerdem muss es sich um „bekannte“ Patienten handeln – also solche, die in den letzten sechs Quartalen mindestens einmal in der Praxis waren, so die KBV.

Bereits seit 1. Februar 2020 werden nach einem Beschluss von GKV-Spitzenverband und KBV alle ärztlichen Leistungen, die aufgrund des klinischen Infektionsverdachts oder einer nachgewiesenen Infektion erforderlich sind, in voller Höhe extrabudgetär bezahlt, wenn sie auf dem Abrechnungsbeleg mit der Pseudonummer 88240 gekennzeichnet werden.

Für die Kennzeichnung von Leistungen im Zusammenhang mit dem Coronavirus gibt es ab dem 1. April 2020 aber ein neues Verfahren. Neu ist, dass die Ziffer 88240 an allen Tagen, an denen der Patient wegen des klinischen Verdachts oder wegen einer nachgewiesenen Infektion mit dem Coronavirus behandelt wird, angesetzt werden muss. In diesem Fall werden alle an diesen Tagen für den Patienten abgerechneten Leistungen in voller Höhe extrabudgetär vergütet, auch der zuvor genannte Zuschlag nach Nr. 01434. Lediglich beim Ansatz der Grundpauschale ist eine solche Kennzeichnung

Tab. 1: So kann die Allergologie seit dem 1. April 2020 berechnet werden

EBM	Legende	Euro alt	Punkte neu	Differenz
Allergologie				
30100	spezifische allergologische Anamnese		7,14	+7,14
30110	Allergologiediagnostik I	69,55	28,35	-41,20
30111	Allergologiediagnostik II	50,32	24,17	-26,15
30121	subkutaner Provokationstest	18,02	17,80	-0,22
30130	Hyposensibilisierungsbehandlung	10,33	11,21	+0,88
30131	Zuschlag zu der Nr. 30130	7,80	8,79	+0,99
40350	Kostenpauschale zur Nr. 30110		16,14	+16,14
40351	Kostenpauschale zu den Nrn. 13250, 13258, 30111		5,50	+5,50

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 455. Sitzung am 11.12.2019

Tab. 2: So kann seit dem 1. April 2020 ein rein telefonischer Kontakt mit einem Patienten im Behandlungsfall berechnet werden, auch wenn es sich um keinen COVID 19-Fall handelt. Die Nr. 01435 kann einmal, der Zuschlag nach Nr. 01434 bis zu fünfmal im Behandlungsfall berechnet werden:

EBM	Legende	Euro
01435	telefonische Beratung, Medikamentenverordnung und Postversand	9,67
01434	Zuschlag zur Nr. 01435 für telefonische Gesprächsleistung, wenn die Gesprächsdauer mindestens fünf Minuten beträgt	7,14
40122	Kostenpauschale für die Versendung beziehungsweise den Transport von Briefen	0,90

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung

nicht erforderlich, da diese auch dann extrabudgetär bezahlt wird, wenn sie nicht an diesem gekennzeichneten Tagen abgerechnet wurde. Unterscheiden muss man deshalb die eingangs genannten Regelungen von denen, die im Zusammenhang mit einem Verdacht auf oder eine Infektion mit COVID-19 auftreten.

Nach einer weiteren Veröffentlichung der KBV können jetzt nur noch COVID-19-Fälle, bei denen das Virus laboridiagnostisch nachgewiesen wurde, mit dem Schlüssel U07.1! kodiert werden. Neu ist ein Code für klinisch-epidemiologisch gesicherte COVID-19-Infektionen, den die WHO zur besseren Unterscheidung der Fälle eingeführt hat. Mit dem Code U07.2! werden ab dem zweiten Quartal 2020 die „Verdachtsfälle“ verschlüsselt, bei denen eine klinisch-epidemiologische COVID-19-Erkrankung nach der Falldefinition des Robert-Koch-Instituts dia-

gnostiziert wurde, das Virus aber nicht mit einem Labortest nachgewiesen wurde. Bei beiden Codes handelt es sich nach der ICD-10-GM um Zusatzcodes (Ausrufezeichencodes). Damit ist geregelt, dass sie eine ergänzende Information enthalten und mit mindestens einem weiteren Code (z. B. für eine Pneumonie) kombiniert werden müssen. Das Ausrufezeichen gehört zur Bezeichnung des Codes, darf aber bei der Kodierung nicht angegeben werden („U07.1“, nicht „U07.1!“). Außerdem können beide Codes ab dem 1. April ausschließlich mit dem Zusatzkennzeichen „G“ (Diagnosesicherheit) versehen werden. Die Zusatzkennzeichen „V“ (Verdacht), „A“ (Ausschluss) und „Z“ (Zustand nach einer COVID-19-Erkrankung) sind nicht mehr erlaubt.

Dr. Gerd W. Zimmermann
Kapellenstraße 9, 65719 Hofheim