

# Die EBM-Schulung für Internisten

## Informationsveranstaltung EBM 2000 plus – Stand I I. Februar 2005

Landesgruppen im BDI e.V.	Ort der Veranstaltung	Datum	Referent(en)
Bayern	<b>München:</b> Eine erste Veranstaltung fand am 12.01.2005 für Facharzt-Internisten mit Schwerpunkt statt, bei Interesse wird es eine zweite Veranstaltung geben.* <b>Regensburg:</b> Eine erste Veranstaltung fand am 09.02.2005 statt, bei Interesse wird es eine zweite Veranstaltung geben.* <b>Würzburg:</b> Eine erste Veranstaltung fand am 15.02.2005 statt, bei Interesse wird es eine zweite Veranstaltung geben.*	<b>München</b> 09.03.2005 – 19:00 h	Dr. Rochell
	Holiday Inn, Effner-Straße 99 81925 München	<b>Für HA-Internisten und Internisten ohne Schwerpunkt</b>	
Berlin	<b>Berlin:</b> Eine erste Veranstaltung fand am 18.01.2005 statt, bei Interesse wird es eine zweite Veranstaltung geben.*		
Brandenburg	<b>Dahlewitz:</b> Eine erste Veranstaltung fand am 02.02.2005 statt, bei Interesse wird es eine zweite Veranstaltung geben.*		
Bremen	<b>Bremen</b> <i>in Planung</i>		
Hamburg	<b>Hamburg</b> Ärztelhaus Hamburg, Humboldtstraße 56 22083 Hamburg	<b>08.03.2005 – 20:00 h</b>	Bollmann, Vorstandsvorsitzender der KV HH Dr. Wesiack, Präsident des BDI e.V.
Hessen	<b>Kassel:</b> Eine erste Veranstaltung fand am 15.02.2005 statt, bei Interesse wird es eine zweite Veranstaltung geben.* <b>Frankfurt:</b> Eine erste Veranstaltung fand am 26.01.2005 statt, bei Interesse wird es eine zweite Veranstaltung geben.*		
Mecklenburg-Vorpommern	<b>Rostock:</b> Eine erste Veranstaltung fand am 08.02.2005 statt, bei Interesse wird es eine zweite Veranstaltung geben.*		
Niedersachsen	<b>Hannover:</b> Eine erste Veranstaltung fand am 27.01.2005 statt, bei Interesse wird es eine zweite Veranstaltung geben.*		
Nordbaden	<b>Karlsruhe:</b> Eine erste Veranstaltung fand am 16.02.2005 statt, bei Interesse wird es eine zweite Veranstaltung geben.*		
Nordrhein	<b>Köln</b> KV Nordrhein, Bezirksstelle Köln, Sedanstraße 10-16 50668 Köln	<b>23.02.2005 – 19:00 h</b>	Dr. Rochell / Dr. Grenz, KBV
Nord-Württemberg	<b>Stuttgart:</b> Eine erste Veranstaltung fand am 16.02.2005 für Hausarzt-Internisten und Internisten ohne Schwerpunkt statt, bei Interesse wird es eine zweite Veranstaltung geben.*	<b>Stuttgart</b> 02.03.2005 – 19:00 h	Wilhelm Thiel, KV Baden-Württemberg
	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg Bezirksdirektion Stuttgart Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart-Möhringen	<b>Für FA-Internisten mit Schwerpunkt</b>	
Pfalz	<b>Neustadt:</b> Eine erste Veranstaltung fand am 09.02.2005 für Hausarzt-Internisten und Internisten ohne Schwerpunkt statt, bei Interesse wird es eine zweite Veranstaltung geben.*	<b>Neustadt</b> 02.03.2005 – 15:00 h	Ruth Venus, Referatsleiterin, KV Rheinland-Pfalz
	Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz Regionalzentrum Pfalz Maximilianstraße 22, 67433 Neustadt	<b>Für Facharzt-Internisten</b>	
Rheinessen	<b>Mainz</b> Akademie für ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz, Deutschhausplatz 3, 55116 Mainz	<b>24.02.2005 – 19.30 h</b>	Dr. med. H.-F. Spies Mitglied des Engeren Vorstands des BDI e.V.
Saarland	<b>Saarbrücken</b> <i>in Planung</i>		
Sachsen	<b>Dresden:</b> Eine erste Veranstaltung fand am 03.02.2005 statt, bei Interesse wird es eine zweite Veranstaltung geben.*		
Schlesw.-Holst.	<b>Kiel:</b> Eine erste Veranstaltung fand am 17.11.2004 statt, bei Interesse wird es eine zweite Veranstaltung geben.*		
Südbaden	<b>Freiburg:</b> Eine erste Veranstaltung fand am 22.11.2004 statt, bei Interesse wird es eine zweite Veranstaltung geben.*		
Thüringen	<b>Weimar</b> KV Thüringen Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar	<b>19.02.2005 – 15.00 - 18.00 h</b>	Stephan Turk, Hauptabteilungsleiter Abrechnung der KV Thüringen
Trier	<b>Trier</b> KV Rheinland-Pfalz Regionalzentrum Trier, Balduinstraße 10-14 54290 Trier	<b>23.02.2005 – 18.30 h</b>	Leo Mattes, KV Rheinland-Pfalz – Regionalzentrum Trier Dr. Ottenhausen, Vorsitzender LG Trier im BDI e.V.
Westfalen-Lippe	<b>Bielefeld</b> Ravensberger Spinnerei Ravensberger Park 6 33607 Bielefeld	<b>09.03.2005</b> <b>16.00 h – 18.00 h</b> – <b>für HA-Internisten und Internisten ohne Schwerpunkt</b> – <b>18.00 h – 20.00 h</b>	Müller, Hauptabteilung Abrechnungswesen KV W-L
	<b>Dortmund</b> KV Dortmund Robert-Schimrigk-Straße 4-6 44141 Dortmund	<b>16.03.2005</b> <b>16.00 h – 18.00 h</b> – <b>für HA-Internisten und Internisten ohne Schwerpunkt</b> – <b>18.00 h – 20.00 h</b> – <b>für FA-Internisten</b> –	Hecker, Hauptabteilung Abrechnungswesen KV W-L

\* Bei Interesse bitte an den BDI faxen (0611 / 1813350) oder mailen (info@BDI.de)

Wer möchte, kann zu den Veranstaltungen vorab Fragen einreichen, die dann behandelt werden. Bitte mit dem Stichwort „EBM-Schulung“ und der Angabe des Schulungsortes an den BDI faxen (0611 / 1813350) oder mailen (info@BDI.de). Zu allen Veranstaltungen erfolgen rechtzeitig schriftliche Einladungen.

## EKG, wohin bist du verschwunden?

Eines der Ziele des neuen EBM war die Vereinfachung der Gebührenordnung. Liest man das Werk unvoreingenommen, so muss man feststellen, dass sich der alte EBM bei der Durchsicht wesentlich einfacher hat lesen lassen als das neue Werk. Hier gibt es so viele Ausschüsse und ausdrückliche Genehmigungen bei Komplexierungen und Einzelleistungen, mit Hinweis auf eine große Anzahl von Ziffern, dass ohne andauerndes Vor- und Rückblättern eine durchgängige Bewertung kaum möglich ist.

Insofern stellt man sich immer wieder die Frage, wo eine einzelne Leistung in diesem EBM abgebildet wird. Besonders kompliziert erscheint dies bei den elektrokardiographischen Leistungen.

### Ruhe-EKG nur noch bei Hausärzten Einzelleistung

Sucht man nach einer Gebührenordnungsziffer für das Ruhe-EKG, so stößt man auf die Nr. 03320 bei den hausärztlichen Leistungen. Dabei wird vorgeschrieben, dass mindestens 12 Ableitungen registriert sein müssen. In allen anderen Kapiteln gibt es kein Ruhe-EKG mehr als eigen-

ständige Leistung. Bei den Internisten findet man diese Untersuchung im Ordinationskomplex versteckt. Sie ist somit nicht mehr gesondert abrechenbar. Sie ist außerdem in sämtlichen Ziffern für das Belastungs-EKG enthalten, da ohne ein vorheriges Ruhe-EKG ein Belastungs-EKG, auch schon aus forensischen Gründen, nicht geschrieben werden darf.

Aber auch der Hausarzt darf das Ruhe-EKG nicht uneingeschränkt aufschreiben. Rechnet er zum Beispiel die Ziffer 03210 mit der Betreuung chronischer Krankheiten ab, so ist in dieser Betreuungsziffer auch schon das Ruhe-EKG enthalten. Will er in diesen Fällen eine elektrokardiographische Ziffer gesondert abrechnen, so muss er ein Belastungs-EKG durchführen.

Weiterhin findet man das Ruhe-EKG in den präoperativen Untersuchungskomplexen (Nrn. 31011 bis 31013), es wird darin als fakultative Leistung aufgeführt und hat keine eigenständige Nummer. Der EBM beschränkt die Abrechnung dieser Komplexe auf den hausärztlichen Versorgungsbereich.

Das EKG versteckt sich außerdem in den postoperativen Betreuungsziffern 31622 bis 31630

und wird dem jeweiligen Operateur oder dem Arzt, der per Überweisung vom Operateur beauftragt ist, im Rahmen des Komplexes zugestanden und kann fakultativ erbracht werden.

### Notfall ohne EKG?

Im Notfall-Ordinationskomplex (Nr. 01210) wird das EKG nicht explizit genannt. Laut KBV ist es aber dennoch in die Bewertung dieses Komplexes einkalkuliert.

Insgesamt muss man klarstellen, dass außer im hausärztlichen Bereich für die fachärztlich tätigen Internisten das Ruhe-EKG nur noch Beiwerk ist, ein abrechnungsbedingter Anreiz zum Erbringen dieser Leistung ist dort wohl bewusst vermieden worden.

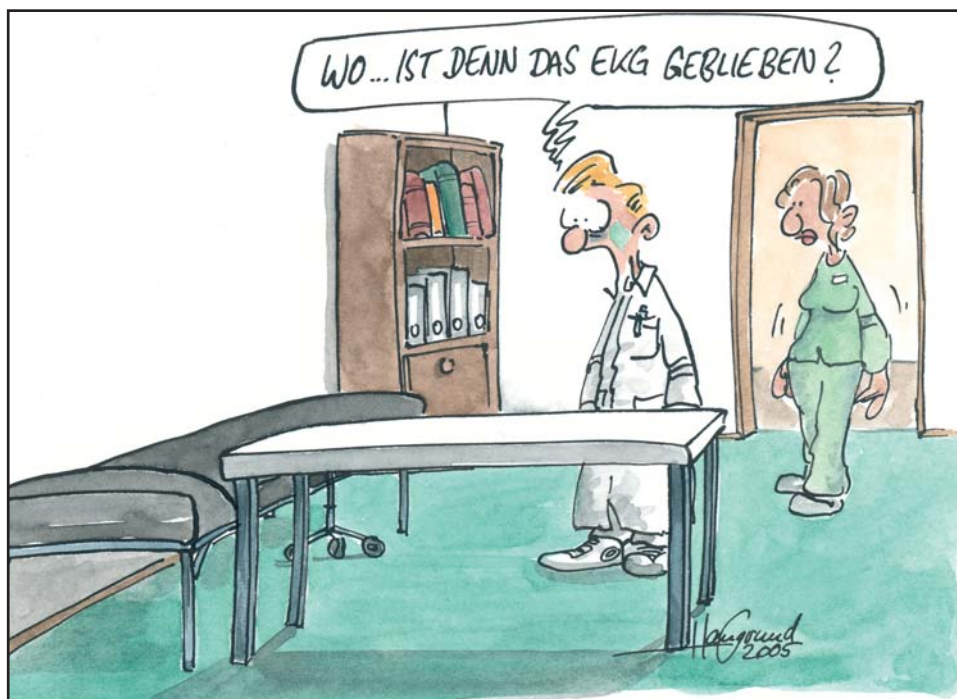
### Belastungs-EKG im internistischen Basiskomplex

Ähnlich kompliziert sieht es beim Belastungs-EKG aus. Es ist als Ziffer 03321 als eine hausärztliche Leistung abrechenbar, gleichzeitig taucht es als Ziffer 13251 als Definitionsauftrag für die fachärztliche Betreuung auf und kann dort von allen Internisten mit und

ohne Schwerpunkt abgerechnet werden. Dies gilt aber nur für eine Leistung als Definitionsauftrag! Bei einer normalen kurativen Behandlung ist das Belastungs-EKG sowohl Bestandteil des fachinternistischen Basiskomplexes (13250) als auch des kardiologisch-diagnostischen Komplexes (13550). Im fachinternistischen Basiskomplex ist es obligate Leistung. Weil die so genannten obligaten Leistungen aber mit „und/oder“ verbunden sind, müssen sie nicht alle erbracht werden, der Komplex kann daher durch ein Belastungs-EKG als einzige Leistung ausgelöst werden – allerdings benötigt dieser Komplex nicht unbedingt das Belastungs-EKG, auch andere Leistungen können ihn triggern.

Im kardiologisch-diagnostischen Komplex zählt das Belastungs-EKG zu den fakultativen Leistungen – alleine kann es diesen Komplex also nicht auslösen. Man muss es aber für diesen Komplex apparativ vorhalten, auch wenn es eine fakultative Leistung ist.

Auch alle anderen Schwerpunkt-Internisten können neben der Abrechnung ihrer Schwerpunktleistungen auch das Belastungs-EKG als Definitionsauftrag erbringen. Dies wird aber nur noch in Ausnahmefällen, allein schon aus betriebswirtschaftlichen Gründen, sinnvoll sein. Es ist nicht damit zu rechnen, dass ein Rheumatologe mit Definitionsaufträgen zum Belastungs-EKG überschüttet wird. Das Belastungs-EKG wird sich somit als Untersuchung auf den Hausarzt, den fachärztlich tätigen Internisten ohne Schwerpunkt und auf den Kardiologen in praxi begrenzen. Auch hier ist der Anreiz zum Erbringen der Leistung nur im hausärztlichen Bereich angesetzt. Bei den meisten kurativen Fällen im fachärztlichen Bereich ist das Belastungs-EKG mit seinem hohen personellen Aufwand eher uninteressant. ▶



Überraschung zum 1. April.

### Langzeit-EKG braucht Genehmigung

Das Ruhe- und Belastungs-EKG sind keine genehmigungspflichtigen Leistungen. Demgegenüber muss das Langzeit-EKG im hausärztlichen Bereich durch eine entsprechende Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung bestätigt werden. Beim Internisten, gleichgültig ob hausärztlich oder fachärztlich tätig, ist das EKG Bestandteil der Weiterbildung. **Sowohl die Indikationsstellung und das Anlegen des Langzeit-EKG wie auch seine Auswertung, sind dem Hausarzt mit den Ziffern 03322 (Aufzeich-**

**nung) bzw. 03323 (Auswertung) und dem fachärztlich tätigen Internisten mit der Ziffer 13252 bzw. 13253 erlaubt.**

### Auch Langzeit-EKG ist komplexiert

Im fachärztlichen Bereich sind die Ziffern des Langzeit-EKG aber auch wieder Bestandteil des fachinternistischen Basiskomplexes (13250) und des kardiologisch-diagnostischen Komplexes – analog dem Belastungs-EKG. Eine gesonderte Abrechnung (mit 13252, 13253) ist deshalb auch hier nur möglich, wenn der Patient mit einem Definitionsauf-

trag überwiesen wird. **Bei einem kurativen Fall wurde die Leistung im Komplex versenkt. Auch hier ist der Anreiz zum Erbringen der Leistung mehr im hausärztlichen Bereich angesetzt.**

Man sieht, dass die elektrokardiographischen Leistungen etwas unter die Dampfwalze der Komplexierung geraten sind. Bei genauem Nachdenken fällt einem aber ein, dass dies nicht die einzigen elektrokardiographischen Leistungen waren, die man in der Vergangenheit abrechnen konnte. Man erinnert sich auch noch an den Rhythmusstreifen, den man in dem Ziffernwerk zunächst vergeblich sucht. Was

macht man mit dem EKG, das man nicht mit 12 Ableitungen abgeleitet hat, weil man nur etwas über den derzeit bestehenden Rhythmus des Patienten wissen wollte?

Es wird empfohlen, sich genau den Anhang I anzusehen, in dem alle Leistungen enthalten sind, die weiterhin bei Notwendigkeit vom Vertragsarzt zu erbringen sind, die aber ansonsten alle im Ordinationskomplex aufgegangen sind. Beim Durchforsten dieser Leistungen entdeckt man dann auch den leichter zu erstellenden Rhythmusstreifen. Für die Erbringung dieser Leistung soll die Gebührenordnung wohl keinerlei Anreiz mehr setzen.

HFS

## Vorbereitung auf das nächste Quartal

# Wer darf welche Leistung abrechnen?

Dass manche Kassenleistung erst abrechenbar ist, wenn es die KV genehmigt, ist nicht neu. Das setzt sich auch ab dem 2. Quartal so fort – allerdings gibt es ein paar Änderungen bei den genehmigungs- und qualifikationsgebundenen Leistungen, die man als Niedergelassener kennen sollte, um bei der übernächsten Abrechnung

### Nr. 02311: Behandlung des diabetischen Fußes

Neuer Leistungskomplex. Er ist abrechenbar von Internisten im hausärztlichen und fachärztlichen Sektor unter folgenden Voraussetzungen: Sie müssen im Durchschnitt der letzten vier Quartale vor Antragstellung je Quartal mindestens 100 Diabetiker behandelt haben und die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker nachweisen können.

### Langzeit-EKG, Aufzeichnung und Auswertung

Eine Genehmigung der KV ist erforderlich, wie schon bisher – die Voraussetzungen bleiben unverändert. Die fachlichen Voraussetzungen erfüllt jeder

Internist kraft seiner Fachzugehörigkeit, so dass nur noch die apparativen Voraussetzungen erfüllt werden müssen. Das Langzeit-EKG findet sich sowohl als Einzelleistung wie als Bestandteil von Komplexen an diversen Stellen im hausärztlichen und fachinternistischen Teil des zukünftigen EBM. Details hierzu finden Sie im EKG-Beitrag auf Seite 13.

### Nr. 13300: Angiologischer Basiskomplex

Eine Genehmigung der KV gemäß Ultraschall-Vereinbarung ist erforderlich. Die in der Ultraschall-Vereinbarung niedergelegten Anforderungen ändern sich mit dem neuen EBM nicht. Diesen Komplex können nur Angiologen abrechnen. Fachärzte ohne Schwerpunktbezeichnung können dies nur, wenn sie auf Antrag

nicht unversehens mit einem Streichkonzert konfrontiert zu werden. Im Folgenden ein komprimierter Überblick über die wichtigsten Leistungen und Komplexe der Internisten, die nicht ohne Vorbedingungen abrechnen sind. Die Übersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

von der KV dem Schwerpunkt Angiologie zugeordnet werden (siehe unten).

### Nr. 13421 und 13422: Koloskopie-Komplexe

Genehmigung der KV erforderlich, Voraussetzungen wie bisher bei der Koloskopie. Mit dieser Genehmigung auch von Internisten ohne Schwerpunkt abrechenbar.

### Nr. 13550: Kardiologisch- diagnostischer Komplex

Es geht hier bei den obligaten Leistungen um Echokardiographien. Eine Genehmigung der KV nach Ultraschall-Richtlinien ist erforderlich. Die Richtlinien ändern sich nicht mit dem neuen EBM. Je nach fakultativer Leistung kann beispielsweise noch eine Genehmigung für das

Langzeit-EKG erforderlich werden – sie ist jedoch nicht grundsätzliche Voraussetzung für die Abrechnung des Komplexes. Diesen Komplex können nur Kardiologen abrechnen. Fachärzte ohne Schwerpunktbezeichnung können dies nur, wenn sie auf Antrag von der KV dem Schwerpunkt Kardiologie zugeordnet werden (siehe unten).

### Nr. 13552: Funktionsanalyse Schrittmacher/Defi

Genehmigung der KV notwendig. Mit dieser Genehmigung für alle Internisten im fachärztlichen Sektor möglich. Schwerpunktinternisten außerhalb der Kardiologie werden damit allerdings keine Freude haben: Sie können neben der Nr. 13552 im selben Quartal keine weiteren Leistungen aus ihrem Schwerpunkt abrechnen. ►

### Nr. 30110 – 30130: Allergologie

Arztgruppenübergreifende spezielle Leistung. Abrechnungsvoraussetzung: Internist mit Schwerpunkt Pneumologie oder Zusatzbezeichnung Allergologie. Achtung: Die Zusatzbezeichnungen werden nicht von allen KVen immer konsequent erfasst und geführt. Im Zweifelsfall sollten Sie die Zusatzbezeichnung Allergologie an Ihre KV melden! Ausgenommen von dieser Beschränkung ist die Hyposensibilisierung (Nr. 30130), die auch ohne die genannten Voraussetzungen abgerechnet werden kann. So kann beispielsweise ein Internist im fachärztlichen Sektor ohne Schwerpunkt mit der Nr. 13258 (allergologische Basisdiagnostik) und der Hyposensibilisierung durchaus allergologische Basisarbeit leisten. Dies gilt auch für den Internisten im Hausarztsektor, der für die allergologische Basisdiagnostik dann aber die Nr. 03340 abrechnen kann.

### Nr. 30500 und 30501: Phlebologie

Die beiden Leistungen sind von Internisten im fachärztlichen Sektor abrechenbar und von hausärztlich tätigen Internisten, sofern sie die Zusatzbezeichnung Phlebologie führen. Auch hier gilt: Zusatzbezeichnung im Zweifelsfall der KV mitteilen!

### Nr. 30600: Proktologie-Komplex

Arztgruppenübergreifende spezielle Leistung. Abrechen-

bar von Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie. Von allen anderen Internisten nur, wenn sie einen durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung genehmigten Versorgungsschwerpunkt nachweisen können! Wer also bisher schon viel Proktologie betrieben hat, sollte sich umgehend an seine KV wenden. Die Nrn. 30610 und 30611 (Verödung und Ligatur von Hämorrhoiden) sind dagegen wieder von allen Internisten im haus- und im fachärztlichen Sektor ohne Einschränkung abrechenbar.

### Nr. 30900: Kardiorespiratorische Polysomnographie

Arztgruppenübergreifende spezielle Leistung. Genehmigung der KV nach der Vereinbarung zur Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe erforderlich.

### Erleichterung für Internisten ohne Schwerpunkt

Laut EBM sind die schwerpunktspezifischen Leistungen im Internisten-Kapitel (13300 bis 13701) nur von den Kollegen im jeweiligen Schwerpunkt abrechenbar – mit einigen Ausnahmen wie beispielsweise der Ösophagogastroskopie und Koloskopie. **Dazu gibt es dank der Lobbyarbeit des BDI nun aber zwischen KBV und Kassen eine Vereinbarung, die die internistischen Spezialistenkapitel auch für fachärztliche In-**

**ternisten ohne formalen Schwerpunkt erreichbar macht.** Originaltext der Vereinbarung:

„Vertragsärzte, die mit dem Gebiet Innere Medizin ohne Schwerpunkt am 31.03.2005 zugelassen sind, können im Rahmen ihrer Weiterbildung auf Antrag solche Leistungen des EBM abrechnen, die im EBM ausschließlich einem der Schwerpunkte der Inneren Medizin zugeordnet sind. Die Kassenärztliche Vereinigung genehmigt einen Antrag, wenn der Vertragsarzt nachweist, dass er über die erforderlichen persönlichen und strukturellen Voraussetzungen zur Erbringung dieser Leistungen, die einem Schwerpunkt der Inneren Medizin im EBM zugeordnet sind und die ggf. ergänzend in Richtlinien des Bundesausschusses oder in Maßnahmen der Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V niedergelegt sind, erfüllt und im Zeitraum vom 1. Januar 2003 bis 30. Juni 2004 schwerpunktmäßig diese Leistungen erbracht hat. Die Genehmigung ist unbefristet zu erteilen. In diesem Fall gelten für den Vertragsarzt auch die Abrechnungsbestimmungen, wie sie für einen Vertragsarzt gelten, der mit dem Gebiet Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung im fachärztlichen Versorgungsbereich zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist.“

(...)  
Der Antrag des Vertragsarztes und die Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung soll bis zum 30. Juni 2005 erfolgt sein.“

Jetzt müssen die regionalen KVen noch Kriterien aufstellen, wie groß der Anteil der Schwerpunktleistungen am gesamten Leistungsspektrum eines Internisten ohne Schwerpunkt gewesen sein muss, um ihm den Schwerpunkt zuzugestehen.

Wer also als fachärztlich tätiger Internist zwar keinen formalen Schwerpunkt hatte, aber in seiner Praxis de facto doch einen gewissen Schwerpunkt entwickelt hat, sollte sich an seine KV wenden, wenn er die Schwerpunktleistungen weiterhin erbringen will. Dann wird er allerdings abrechnungstechnisch komplett wie ein Schwerpunkinternist behandelt.

### Als hausärztlicher Internist Schwerpunktleistungen abrechnen

Darüber hinaus steht es den Zulassungsausschüssen ohnehin frei, aus Sicherheitsgründen Leistungen zu genehmigen, die nicht unbedingt in den Versorgungsbereich gehören. **So können beispielsweise hausärztlich tätige Internisten, die bisher noch endoskopiert haben, auch weiterhin eine Genehmigung zum Endoskopieren bekommen.** Die KV kann dies sogar beim Regelleistungsvolumen für die Praxis berücksichtigen. Wer in einer solchen Situation steckt, sollte sich schnellstmöglich mit seiner KV in Verbindung setzen.

BW

## Praxissoftware kann nicht rechtzeitig umgestellt werden

# Neuer EBM sorgt für mehr Handarbeit

Was lange währt, wird nicht immer gut. Das betrifft insbesondere den neuen EBM, der nicht umsonst das Etikett „2000plus“ trägt. **Eigentlich müsste der seit Jahren verschobene Start der neuen Gebührenordnung vom 1.**

**April 2005 weiter nach hinten geschoben werden, um den Vertragsärzten ausreichend Zeit zur Vorbereitung zu geben. Aber dafür will in der Berliner KBV-Zentrale wohl keiner die Verantwortung übernehmen.**

„Es wird eine Katastrophe“, prophezeit ein Insider. **Nur wenige Wochen vor dem offiziellen Start sind die Praxissoftware-Häuser von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung noch immer nicht mit dem kompletten EBM-**

**Regelwerk sowie den GO-Stammdaten so beliefert worden, dass sie den neuen EBM 2000plus ohne Probleme in die jeweilige Praxissoftware einbauen können. Für die betroffenen Vertragsärzte bedeutet** ▶

das, dass ihre Abrechnung nur lückenhaft vom Praxiscomputer bewältigt werden kann und sie mit jeder Menge Handicaps und zusätzlichem manuellen Arbeitsaufwand rechnen müssen.

### Dreimal Fehlalarm

Vor fünf Jahren wurden die Software-Häuser zusammengetrommelt, um die frohe Botschaft zu vernehmen: „Der neue EBM kommt zum 1. Januar 2001.“ Die Struktur sei fertig, nur einige wenige Fragen noch zu klären. Die Häuser möchten bitte ihre Entwicklungs-Kapazitäten für die große Aufgabe frei halten, damit die Umsetzung kurzfristig über die Bühne gehen könne.

Das gleiche Spiel wiederholte sich Anfang März letzten Jahres: Der EBM 2000plus kommt jetzt wirklich, und zwar am 1. Juli 2004, hieß es bei einem Meeting im KBV-Haus in Köln.

### Eigentlich wären drei Monate Vorlauf nötig

Aus gutem Grund machten die Software-Häuser die KBV schon damals darauf aufmerksam, dass die Einführung des neuen EBM unter den üblichen Kriterien der Qualitätsprüfung in der Praxis-Software nur möglich sei, wenn mindestens 3 Monate vor der Gültigkeit alle Informationen und Datensät-

ze vorlägen, die dann auch nicht mehr verändert werden dürften.

Wie bekannt, wurde aus dem Einführungsdatum 1. Juli 2004 wieder nichts – verschoben auf den 1. Januar 2005. Im Oktober wurden die Software-Häuser erneut in die KBV-Zentrale nach Berlin eingeladen, um alles Notwendige für den Start ins neue EBM-Jahr zu besprechen. Zu deren Überraschung hatte sich außer dem Tagungsort in der Sache selbst nichts geändert.

Die Software-Entwickler hatten eine Liste mit über 50 Fragen zusammengestellt und die KBV-Fachabteilungen um Antworten gebeten. Aber wohl weil diese insgeheim schon mit der weiteren Verschiebung des EBM-Starts auf den 1. April 2005 rechneten, wurde das vorerst noch zurückgestellt. Es wurde nur erwähnt, dass noch keine neuen Abrechnungsformulare mit den Krankenkassen verhandelt seien. Das könne auf keinen Fall mehr bis zum geplanten Termin 1. Januar 2005 im Formularausschuss abgeschlossen werden.

### Wichtige Eckdaten fehlen noch

Nun soll es also am 1. April 2005 ernst werden. Im Januar kam es erneut zu einem Treffen zwischen KBV und Softwarehäuser, mit dem Resultat,

dass immer noch etliche Dinge ungeklärt sind, die für die fristgerechte Lieferung der Software-Updates aber unbedingt erforderlich sind.

So gibt es beispielsweise immer noch keine neuen Formulare als Entwicklungsgrundlage für die Software-Häuser. Vielleicht kommen sie Ende Februar, vielleicht aber auch erst später, wurden sie von der KBV vertröstet.

### Was wird aus den Pauschal-Erstattungen?

Das Kapitel 40 (Pauschal-Erstattungen BMÄ und E-GO) im EBM 2000plus ist auch noch nicht fertig, sondern wird noch verhandelt. Kommt vielleicht Ende Februar oder auch erst im März.

Die KV-spezifischen Ziffern sollen bundesweit von der KBV in einer GO-Stammdatei im XML-Format tournusmäßig an alle Arztsystem-Hersteller ausgeliefert werden. Das klappt aber nur, wenn alle KVen rechtzeitig an die KBV liefern. Was geschieht, wenn eine KV erst nach dem Update-Termin liefert? Die KBV wird dem ratsuchenden Arzt dann wohl sagen: Fragen Sie Ihr Software-Haus. Die haben alles bekommen. Die Software-Hotline wird ihm mitteilen: Die Daten kamen leider zu spät. **Für den betroffenen Arzt ist das wenig hilfreich. Es bedeutet für ihn: Er**

muss alle benötigten Ziffern selbst erfassen, damit er sie abrechnen kann.

Zum offiziellen Einführungsdatum 1. April 2005 jedenfalls können die Software-Häuser vermutlich nur das Notwendigste zur Verfügung stellen.

Dabei benötigten die Ärzte bei der Umstellung auf den EBM 2000plus dringend eine funktionierende Software, die ihnen den Umstieg ermöglicht, ohne dass sie ihre Arbeitsweise umstellen müssen. Dazu gehören beispielsweise Makros für die praxisindividuellen Abläufe. Wenn die EDV-Häuser das schon rechtzeitig vorher hätten einrichten können, dann wären die Ärzte im Stande gewesen, bereits parallel zum laufenden Praxisbetrieb die Neuerungen drei Monate lang zu erproben. So aber ist damit zu rechnen, dass mindestens noch ein weiteres Update notwendig ist, mit dem die Funktionalität zu Quartalsabrechnung, Statistiken etc. nachgeliefert wird, was natürlich zusätzlich Geld kosten wird.

Erschwerend kommt hinzu, gibt ein EDV-Experte zu verstehen, dass in diesem Jahr viele Praxen wegen der Osterferien schon ab dem 18. März schließen und das – halbwegs angepasste – Update für das neue Quartal schon einspielen möchten. Das dürfte aber kaum realisierbar sein.

ks

## Trotz aller Sparmaßnahmen

# Immer mehr neue Jobs im Gesundheitswesen

Ende 2003 waren rund 25.000 Menschen mehr im deutschen Gesundheitswesen beschäftigt als ein Jahr zuvor. Das entspricht einem Anstieg von 0,6%, während die Beschäftigung in der Gesamtwirtschaft annähernd konstant blieb. Insgesamt waren Ende 2003 4,2 Mill. Menschen oder etwa jeder Neunte Beschäftigte in Deutschland im Gesundheitswesen tätig.

Von dem Beschäftigungsanstieg profitiert haben insbesondere die Einrichtungen der ambulanten Gesundheitsversorgung, deren Personal um 25.000 zunahm. Im stationären und teilstationären Bereich gab es dagegen nur rund 5000 neue Arbeitsplätze. Rückläufig war das Personal nur in den Verwaltungs- und sonstigen Einrichtungen, nämlich um 6.000 gegenüber 2002.

Die Zahl der auf die volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Beschäftigten, die so genannten Vollzeitäquivalente, nahm im Gesundheitswesen zwischen 2002 und 2003 um 16.000 zu. Die Vollzeitbeschäftigung ging um 1,7% zurück. Dies wurde durch den Anstieg der Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten um je 4,7% mehr als ausgeglichen. In der Gesamt-

wirtschaft (-2,2%) ging die Vollzeitbeschäftigung stärker zurück als im Gesundheitswesen. Teilzeit- bzw. geringfügige Beschäftigung erfuhren in der Gesamtwirtschaft Zuwächse von 3,8% bzw. 8,2%.

Statistisches Bundesamt  
Pressemitteilung 523/04