
EBM-REFORM: ÜBERSICHT DER AUSWIRKUNGEN JE FACHGRUPPE

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

DEZERNAT VERGÜTUNG
UND GEBÜHRENORDNUNG

14. JANUAR 2020

INHALT

EINLEITUNG	6
Betriebswirtschaftliche Kalkulationsgrundlage	6
Strukturelle Änderungen	7
Ausblick	8
<hr/>	
ALLGEMEINMEDIZINER / HAUSÄRZTLICHE INTERNISTEN	9
Entwicklung der Top-Leistungen	9
Strukturelle Änderungen	10
<hr/>	
KINDER- UND JUGENDMEDIZIN	12
Entwicklung der Top-Leistungen	12
Strukturelle Änderungen	13
<hr/>	
ANÄSTHESIOLOGIE	17
Entwicklung der Top-Leistungen	17
Strukturelle Änderungen	17
<hr/>	
AUGENHEILKUNDE	19
Entwicklung der Top-Leistungen	19
Strukturelle Änderungen	19
<hr/>	
CHIRURGIE	21
Allgemeine Hinweise	21
Entwicklung der Top-Leistungen	21
Strukturelle Änderungen	22
<hr/>	
GYNÄKOLOGIE	23
Entwicklung der Top-Leistungen	23
Strukturelle Änderungen	23
<hr/>	
HALS-NASEN-OHREN-HEILKUNDE	27
Entwicklung der Top-Leistungen	27
Strukturelle Änderungen	27
<hr/>	
DERMATOLOGIE	29
Entwicklung der Top-Leistungen	29
Strukturelle Änderungen	29
<hr/>	
INNERE MEDIZIN OHNE SCHWERPUNKT	32
Entwicklung der Top-Leistungen	32
Strukturelle Änderungen	32

INNERE MEDIZIN ANGIOLOGIE	34
Entwicklung der Top-Leistungen	34
Strukturelle Änderungen	34
<hr/>	
INNERE MEDIZIN ENDOKRINOLOGIE	36
Entwicklung der Top-Leistungen	36
Strukturelle Änderungen	36
<hr/>	
INNERE MEDIZIN GASTROENTEROLOGIE	37
Entwicklung der Top-Leistungen	37
Strukturelle Änderungen	37
<hr/>	
INNERE MEDIZIN HÄMATOLOGIE/ONKOLOGIE	39
Entwicklung der Top-Leistungen	39
Strukturelle Änderungen	39
<hr/>	
INNERE MEDIZIN KARDIOLOGIE	41
Entwicklung der Top-Leistungen	41
Strukturelle Änderungen	41
<hr/>	
INNERE MEDIZIN NEPHROLOGIE	43
Entwicklung der Top-Leistungen	43
Strukturelle Änderungen	43
<hr/>	
INNERE MEDIZIN PNEUMOLOGIE	44
Entwicklung der Top-Leistungen	44
Strukturelle Änderungen	44
<hr/>	
INNERE MEDIZIN RHEUMATOLOGEN	46
Entwicklung der Top-Leistungen	46
Strukturelle Änderungen	46
<hr/>	
KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE UND -PSYCHOTHERAPIE	47
Entwicklung der Top-Leistungen	47
Strukturelle Änderungen	47
<hr/>	
MUND-KIEFER-GESICHTSCHIRURGIE	49
Entwicklung der Top-Leistungen	49
Strukturelle Änderungen	49
<hr/>	
NEUROLOGIE	51
Entwicklung der Top-Leistungen	51

Strukturelle Änderungen	51
<hr/>	
NUKLEARMEDIZIN	53
Entwicklung der Top-Leistungen	53
Strukturelle Änderungen	53
<hr/>	
ORTHOPÄDIE	55
Allgemeine Hinweise	55
Entwicklung der Top-Leistungen	55
Strukturelle Änderungen	56
<hr/>	
PHONIATRIE UND PÄDAUDIOLOGIE	57
Entwicklung der Top-Leistungen	57
Strukturelle Änderungen	57
<hr/>	
PSYCHIATRIE	58
Entwicklung der Top-Leistungen	58
Strukturelle Änderungen	58
<hr/>	
NERVENHEILKUNDE	60
Entwicklung der Top-Leistungen	60
Strukturelle Änderungen	60
<hr/>	
PSYCHOSOMATIK	62
Entwicklung der Top-Leistungen	62
Strukturelle Änderungen	62
<hr/>	
PSYCHOTHERAPIE	64
Entwicklung der Top-Leistungen	64
Strukturelle Änderungen	64
<hr/>	
RADIOLOGIE	66
Entwicklung der Top-Leistungen	66
Strukturelle Änderungen	66
<hr/>	
STRAHLENTHERAPIE	68
Allgemeine Hinweise	68
Entwicklung der Top-Leistungen	68
Strukturelle Änderungen	68
<hr/>	
UROLOGIE	69
Entwicklung der Top-Leistungen	69
Strukturelle Änderungen	69

PHYSIKALISCHE UND REHABILITATIVE MEDIZIN

71

Entwicklung der Top-Leistungen

71

Strukturelle Änderungen

71

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 Punktsummen- 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 punktsummen- 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 punktsummen- 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.

ALLGEMEINMEDIZINER / HAUSÄRZTLICHE INTERNISTEN

AUF EINEN BLICK

Entwicklung insgesamt für diese Fachgruppe: + 1,0 Prozent (inkl. 0,1 Prozentpunkte für Erhöhung Hautkrebsscreening)

- › Die Anhebung der Gesprächsleistung (GOP 03230) um 42 Prozent und die gleichzeitige Absenkung der Versichertenpauschalen sowie der GOP 03040 um ca. 4 bis 6 Prozent sollen die sprechende Medizin fördern. Bei Praxen, die ihr Gesprächsbudget bereits jetzt ausschöpfen, überkompensiert die Höherbewertung des Gesprächs die Absenkung der anderen Leistungen.
- › Die Anhebung der Besuche innerhalb der Punktsommenneutralität wurde vom Erweiterten Bewertungsausschuss abgelehnt. Die Bewertungen der Besuchsleistungen bleiben damit vorerst unverändert.
- › Die Auflichtmikroskopie wurde auf Grundlage eines entsprechenden Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses als fakultativer Leistungsinhalt in die GOP 01745 und 01746 aufgenommen. Die daraus resultierende Anhebung der Bewertung erfolgt außerhalb der Punktsommenneutralität (+ 17,3 Mio. Euro bundesweit).
- › Es erfolgen Änderungen bei der Allergologiediagnostik: Die allergologische Anamnese wurde ausgegliedert und Sachkostenpauschalen im Zusammenhang mit den allergologischen Leistungen eingeführt.

ENTWICKLUNG DER TOP-LEISTUNGEN

ÜBERSICHT			
GOP	Beschreibung	Bewertung neu ab 1. April in Punkten	Bewertung alt in Punkten
03040	Zusatzpauschale zu den GOP 03000 und 03030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags	138	144
03220	Zuschlag zur GOP 03000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	130	130
03003	Versichertenpauschale ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	114	122
03004	Versichertenpauschale ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	148	157
03005	Versichertenpauschale ab Beginn des 76. Lebensjahres	200	211
03230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch	128	90
01732	Gesundheitsuntersuchung	326	320
03221	Zuschlag zur GOP 03220 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	40	40
03362	Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex	174	159

STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN

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

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

Abschnitt 1.6 Schriftliche Mitteilungen, Gutachten

GOP 01610: Die GOP 01610 (Ausstellung Muster 55) ist Bestandteil der Versichertenpauschale. Es gibt Fälle, bei denen im Quartal keine Versichertenpauschale berechnet wird, der Arzt aber das Muster 55 ausstellt. Daher wird die Leistung nach der GOP 01610 in die Präambel 3.1 Nr. 3 als zusätzlich berechnungsfähige GOP aufgenommen.

Abschnitt 1.7.2 Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen

GOP 01745 und 01746: Derzeit ist die Untersuchung mittels Auflichtmikroskopie/Dermatoskopie kein Bestandteil der GOP 01745 und 01746 (Hautkrebs-Screening). Zur Verbesserung der präventiven kollektivvertragsärztlichen Versorgung der Versicherten sowie zur eindeutigen Abbildung und Abrechnung wird die Auflichtmikroskopie/Dermatoskopie in den fakultativen Leistungsinhalt der GOP 01745 und 01746 aufgenommen und deren Bewertung angepasst. In den Abrechnungsanmerkungen der GOP 01745 und 01746 wird zudem „mit Ausnahme der Auflichtmikroskopie/Dermatoskopie“ gestrichen.

Abschnitt 3.2.2 Chronikerpauschalen, Gesprächsleistung

In den Bestimmungen zum Abschnitt 3.2.2 wird bezüglich der kontinuierlichen ärztlichen Behandlung, die maßgeblich für die Berechnungsfähigkeit der 03220 bis 03222 (Chronikerpauschalen und Zuschlag) ist, klargestellt, dass das aktuelle Abrechnungsquartal zum Zeitraum der letzten vier Quartale zählt.

Abschnitt 30.1 Allergologie / Abschnitt 40.7 Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Allergietestungen

Bisher war es nicht möglich, eine allergologische Anamnese abzurechnen ohne eine anschließende Allergietestung durchzuführen, da sie obligater Leistungsinhalt der GOP 30110 und 30111 (Allergologiediagnostik I und II) ist. Zur Abgrenzung einer allergologischen Anamnese von Allergie-Testverfahren wird der Abschnitt 30.1 umstrukturiert und der Abschnitt 30.1.1 in „Allergologische Anamnese“ und der Abschnitt 30.1.2 in „Allergie-Testungen“ umbenannt. Im bestehenden Abschnitt 30.1.3 (Hyposensibilisierungsbehandlung) erfolgen keine Änderungen.

GOP 30100 (neu): In Abschnitt 30.1.1 wird eine neue GOP 30100 aufgenommen. Sie kann unabhängig von Allergie-Testverfahren für die allergologische Anamnese und/oder zur Beratung und Befundbesprechung nach Vorliegen der Ergebnisse der Allergietestung je vollendete 5 Minuten (65 Punkte) und bis zu viermal im Krankheitsfall abgerechnet werden. Die GOP 30100 kann auch bis zu viermal in einer Sitzung berechnet werden, sofern die Begrenzung im Krankheitsfall noch nicht ausgeschöpft ist.

GOP 30110 und 30111: Die bislang unter Abschnitt 30.1.1 verorteten GOP 30110 und 30111 zur allergologischen Diagnostik und/oder zum Ausschluss einer Allergie werden in den Abschnitt 30.1.2 überführt. Im obligaten Leistungsinhalt der GOP 30110 und 30111 wird der erste Spiegelstrich (spezifische allergologische Anamnese) gestrichen.

Die Bewertung der GOP 30110 wird auf 258 Punkte und der GOP 30111 auf 220 Punkte festgelegt.

Kostenpauschale 40350 und 40351 (neu): Zur Durchführung der Testreihen werden die Kostenpauschalen 40350 und 40351 in einen neuen Abschnitt 40.7 (Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Allergietestungen) aufgenommen. Die bisherige Textpassage zur Abgeltung der Kosten in den GOP 30110 und 30111 („einschl. Kosten“) wird gestrichen.

Die Kostenpauschale 40350 (16,14 Euro) ist im Zusammenhang mit der Durchführung der GOP 30110 abrechenbar. Die Kostenpauschale 40351 (5,50 Euro) ist im Zusammenhang mit der Durchführung der GOP 13250, 13258 und 30111 oder, sofern im Rahmen der Versichertenpauschale 03000 oder 04000 eine allergologische Basisdiagnostik mittels Pricktest erfolgt, abrechenbar. Daher wurde die bisherige Textpassage zur Abgeltung der Kosten („einschl. Kosten“) auch bei den GOP 13250 und 13258 sowie im Anhang 1 bei den GOP 03340 und 04340 gestrichen.

Kapitel 33 Ultraschalldiagnostik

GOP 33046 (neu): Derzeit sind Kontrastmitteleinbringungen nach Nr. 5 der Präambel des Kapitels 33 Ultraschalldiagnostik Bestandteil der GOP. Die Sonographie mit Kontrastmitteln ist deutlich zeitaufwändiger im Vergleich zur klassischen Echokardiographie und Sonographie des Abdomens. Da der Mehraufwand derzeit im EBM nicht adäquat abgebildet ist, erfolgt die Aufnahme einer neuen GOP 33046 (Zuschlag zu den GOP 33020, 33021, 33022, 33030, 33031 und 33042 bei Durchführung der Echokardiographie/Sonographie mit Kontrastmittel) mit einer Bewertung in Höhe von 76 Punkten. In der Anmerkung zur GOP 33046 wird geregelt, dass die GOP 33046 entgegen der Leistungslegende auch dann als Zuschlag zu anderen GOP berechnungsfähig ist, sofern mindestens eine der in der Leistungslegende der GOP 33046 genannten Leistungen nach den GOP 33020 bis 33022, 33030, 33031 und 33042 obligater oder fakultativer Leistungsinhalt dieser GOP ist und deren Durchführung mit Kontrastmitteleinbringung(en) erfolgt.

KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

AUF EINEN BLICK

Entwicklung insgesamt für diese Fachgruppe: + 0,6 Prozent

- › Die Anhebung der Gesprächsleistung (GOP 04230) um 42 Prozent und die gleichzeitige Absenkung der Versichertenpauschalen sowie der GOP 04040 um ca. 4 bis 6 Prozent sollen die sprechende Medizin fördern. Bei Praxen, die ihr Gesprächsbudget bereits jetzt ausschöpfen, überkompensiert die Höherbewertung des Gesprächs die Absenkung der anderen Leistungen.
- › Insgesamt wurden zahlreiche strukturelle Anpassungen vorgenommen, u.a. neue GOP 04231 zur Abbildung eines schwerpunktpädiatrischen Gesprächs, das bislang nach der GOP 04230 abgerechnet wird.
- › Es erfolgen Änderungen bei der Allergologiediagnostik: Die allergologische Anamnese wurde ausgegliedert und Sachkostenpauschalen im Zusammenhang mit den allergologischen Leistungen eingeführt.
- › Die Anhebung der Besuche innerhalb der Punktsummenneutralität wurde vom Erweiterten Bewertungsausschuss abgelehnt. Die Bewertungen der Besuchsleistungen bleiben damit vorerst unverändert.
- › Die technischen Leistungen der Schwerpunktpädiatrie wurden analog zu den Leistungen der Inneren Medizin weiterentwickelt. Dementsprechend fällt das Simulationsergebnis der Pädiatrie insgesamt etwas geringer aus, als das Ergebnis der Allgemeinmedizin.

ENTWICKLUNG DER TOP-LEISTUNGEN

ÜBERSICHT			
GOP	Beschreibung	Bewertung neu ab 1. April in Punkten	Bewertung alt in Punkten
04040	Zusatzpauschale zu den GOP 04000 und 04030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags	138	144
04001	Versichertenpauschale bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	225	236
04002	Versichertenpauschale ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	142	150
04230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch	128	90
04220	Zuschlag zur GOP 04000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	130	130
04355	Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung	184	145

STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN

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

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

Abschnitt 1.6 Schriftliche Mitteilungen, Gutachten

GOP 01610: Die GOP 01610 (Ausstellung Muster 55) ist Bestandteil der Versichertenpauschale. Es gibt Fälle, bei denen im Quartal keine Versichertenpauschale berechnet wird, der Arzt aber das Muster 55 ausstellt. Daher wird die Leistung nach der GOP 01610 in die Präambel 4.1 Nr. 5 als zusätzlich berechnungsfähige GOP aufgenommen.

Abschnitt 1.7.1 Früherkennung von Krankheiten bei Kindern

Es wird in allen relevanten GOP des Abschnitts 1.7.1 einheitlich und entsprechend der Bezeichnung des Gemeinsamen Bundesausschusses „Kinderuntersuchungsheft“ textiert.

Abschnitt 4.2.2 Chronikerpauschalen, Gesprächsleistung

In den Bestimmungen zum Abschnitt 4.2.2 wird bezüglich der kontinuierlichen ärztlichen Behandlung, die maßgeblich für die Berechnungsfähigkeit der 04220 bis 04222 (Chronikerpauschalen und Zuschlag) ist, klargestellt, dass das aktuelle Abrechnungsquartal zum Zeitraum der letzten vier Quartale zählt.

GOP 04231 (neu): Es wird eine neue GOP 04231 zur Abbildung eines schwerpunktpädiatrischen Gesprächs, das bislang nach der GOP 04230 für das problemorientierte ärztliche Gespräch abgerechnet wird, aufgenommen. Durch die Regelung soll die Tätigkeit der Schwerpunktpädiater im fachärztlichen Versorgungsbereich in der Abrechnung identifizierbar werden. Die neue GOP 04231 hat eine Bewertung von 128 Punkten (analog GOP 04230) und ist nur für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin berechnungsfähig, die die Voraussetzung zur Abrechnung von GOP der schwerpunktorientierten Kinder- und Jugendmedizin (Abschnitt 4.4) oder von pädiatrischen GOP mit Zusatzweiterbildung (Abschnitt 4.5) erfüllen. Die Präambel 4.1 Nrn. 12 und 13 werden entsprechend angepasst. Die erste Anmerkung zur GOP 04231 legt fest, dass die Leistung analog zur GOP 04320 auch im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß den Anforderungen der Anlage 31b zum BMV-Ä unter Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung berechnet werden kann.

Abschnitt 4.2.3 Besondere Leistungen

GOP 04335: Für die GOP 04335 (Orientierende audiometrische Untersuchung nach vorausgegangener, dokumentierter, auffälliger Hörprüfung) wird der Nebeneinanderberechnungsausschluss zu den GOP der Früherkennungsuntersuchungen 01711 bis 01717, 01719 und 01723 aufgehoben, da nur im Leistungsumfang der U8 (GOP 01718) eine audiometrische Untersuchung enthalten ist. Der Nebeneinanderberechnungsausschluss der GOP 04335 zur GOP 01718 bleibt bestehen.

Abschnitt 4.4.2 Neuropädiatrische Gebührenordnungspositionen

In die Bestimmungen des Abschnitts 4.4.2 wird eine Regelung aufgenommen, nach der für diese Schwerpunktpädiater die GOP 01510 bis 01512 (praxisklinische Betreuung), 02100 (Infusion) und 02101 (Infusionstherapie) entgegen der Bestimmung des Anhangs 1 EBM neben den Versichertenpauschalen nach den GOP 04000 und 04030 berechnungsfähig sind. Damit erfolgt eine Gleichstellung dieser Schwerpunktpädiater im fachärztlichen Versorgungsbereich mit den Fachärzten für Neurologie, die für die Infusionstherapie neben der Grundpauschale auch die GOP 01510 bis 01512, 02100 und 02101 abrechnen können.

GOP 04435: Die im obligaten Leistungsinhalt der GOP 04435 (Pädiatrische Schlaf-EEG-Untersuchung, Abschnitt 4.4.2) festgelegte Ableitungsdauer von mindestens 2 Stunden wird auf mindestens 45 Minuten angepasst, da eine Ableitung von 2 Stunden diagnostisch in der Regel nicht erforderlich und die technische Durchführbarkeit in den verschiedenen Altersstufen eingeschränkt ist. Die Leistungslegendierung wird entsprechend angepasst (Pädiatrische Kurz-Schlaf-EEG-Untersuchung).

Abschnitt 4.4.1 Gebührenordnungspositionen der Kinder-Kardiologie

GOP 04420: In der GOP 04420 (Behandlung eines Herz-Transplantatträgers) wird eine Angleichung des obligaten Leistungsinhalts an die Leistungslegende vorgenommen.

Abschnitt 4.5.1 Pädiatrisch-gastroenterologische Gebührenordnungspositionen

In die Bestimmungen des Abschnitts 4.5.1 wird eine Regelung aufgenommen, nach der für diese Schwerpunktpädiater die GOP 01510 bis 01512 (praxisklinische Betreuung), 02100 (Infusion) und 02101 (Infusionstherapie) entgegen der Bestimmung des Anhangs 1 EBM neben den Versichertenpauschalen nach den GOP 04000 und 04030 berechnungsfähig sind. Damit erfolgt eine Gleichstellung dieser Schwerpunktpädiater im fachärztlichen Versorgungsbereich mit den Fachärzten für Gastroenterologie, die für die Infusionstherapie neben der Grundpauschale auch die GOP 01510 bis 01512, 02100 und 02101 abrechnen können.

GOP 04517 und 04521: Die GOP 04517 (Rektumsaugbiopsie bei einem Säugling oder Kleinkind) und die GOP 04521 (Saugbiopsie des Dünndarms bei einem Säugling, Kleinkind, Kind oder Jugendlichen) werden gestrichen, da die Leistungen in der ambulanten Versorgung nicht mehr oder nur sehr selten durchgeführt werden.

GOP 04523 und 04525: Da die Legendierung und Bewertung der Zusatzpauschalen zur Behandlung von Leber-Transplantatträgern (GOP 04523) und Dünndarm-Transplantatträgern (GOP 04525) in Abschnitt 4.5.1 identisch sind, werden diese beiden Leistungen in der GOP 04523 zusammengeführt. Die GOP 04525 wird entsprechend gestrichen.

GOP 04527: Die Leistungslegende und der obligate Leistungsinhalt der GOP 04561 (Zusatzpauschale kindernephrologische Behandlung eines Nieren-Transplantatträgers) im Abschnitt 4.5.4 werden um die Behandlung von Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgern ergänzt. Gleichzeitig wird in Abschnitt 4.5.1 die GOP 04527 (Zusatzpauschale Behandlung eines Bauchspeicheldrüsen- oder Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers) auf die Behandlung von Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgern beschränkt. Durch die neuverortete Abbildung der Behandlung von Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgern wird der Tatsache Rechnung getragen, dass diese ausschließlich durch entsprechend qualifizierte Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung „Kinder-Nephrologie“ erfolgt, sich in Abschnitt 4.5.4 (GOP der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse) jedoch bislang keine Abrechnungsmöglichkeit für diese Leistung befindet.

Abschnitt 4.5.2 Pädiatrisch-pneumologische Gebührenordnungspositionen

GOP 04530 und 04536: Bei den Einzelleistungen nach den GOP 04536, 13256 und 36884 sowie den Teilleistungen in der GOP 13250, die dieselbe Leistung (Bestimmung des Säurebasehaushaltes und Blutgasanalyse) beschreiben, erfolgt eine Angleichung des obligaten Leistungsinhaltes. Bei den GOP 13256 und 36884 wird darüber hinaus die Leistungslegende angeglichen. Zudem werden redaktionelle Änderungen bei den GOP 04530 und 13661 vorgenommen.

Abschnitt 4.5.3 Gebührenordnungsposition der pädiatrischen Rheumatologie

In die Bestimmungen des Abschnitts 4.5.3 wird eine Regelung aufgenommen, nach der für diese Schwerpunktpädiater die GOP 01510 bis 01512 (praxisklinische Betreuung), 02100 (Infusion) und 02101 (Infusionstherapie) entgegen der Bestimmung des Anhangs 1 EBM neben den Versichertenpauschalen nach den GOP 04000 und 04030 berechnungsfähig sind. Damit erfolgt eine Gleichstellung dieser Schwerpunktpädiater im fachärztlichen Versorgungsbereich mit den Fachärzten für Rheumatologie, die für

die Infusionstherapie neben der Grundpauschale auch die GOP 01510 bis 01512, 02100 und 02101 abrechnen können.

GOP 04550: Im obligaten Leistungsinhalt der GOP 04550 (Zusatzpauschale pädiatrische Rheumatologie) wird die Anforderung von mindestens zwei Arzt-Patienten-Kontakten im Behandlungsfall durch einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt ersetzt, da zur Kontrolle häufig nur ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt notwendig ist.

Abschnitt 4.5.4 Gebührenordnungsposition der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse

GOP 04561: Die Leistungslegende und der obligate Leistungsinhalt der GOP 04561 (Zusatzpauschale kindernephrologische Behandlung eines Nieren-Transplantatträgers) werden um die Behandlung von Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgern ergänzt. Gleichzeitig wird in Abschnitt 4.5.1 die GOP 04527 (Zusatzpauschale Behandlung eines Bauchspeicheldrüsen- oder Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers) auf die Behandlung von Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgern beschränkt. Durch die neuverortete Abbildung der Behandlung von Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgern wird der Tatsache Rechnung getragen, dass diese ausschließlich durch entsprechend qualifizierte Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung „Kinder-Nephrologie“ erfolgt, sich in Abschnitt 4.5.4 (GOP der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse) jedoch bislang keine Abrechnungsmöglichkeit für diese Leistung befindet.

Abschnitt 30.1 Allergologie / Abschnitt 40.7 Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Allergietestungen

Bisher war es nicht möglich, eine allergologische Anamnese abzurechnen ohne eine anschließende Allergietestung durchzuführen, da sie obligater Leistungsinhalt der GOP 30110 und 30111 (Allergologiediagnostik I und II) ist. Zur Abgrenzung einer allergologischen Anamnese von Allergie-Testverfahren wird der Abschnitt 30.1 umstrukturiert und der Abschnitt 30.1.1 in „Allergologische Anamnese“ und der Abschnitt 30.1.2 in „Allergie-Testungen“ umbenannt. Im bestehenden Abschnitt 30.1.3 (Hyposensibilisierungsbehandlung) erfolgen keine Änderungen.

GOP 30100 (neu): In Abschnitt 30.1.1 wird eine neue GOP 30100 aufgenommen. Sie kann unabhängig von Allergie-Testverfahren für die allergologische Anamnese und/oder zur Beratung und Befundbesprechung nach Vorliegen der Ergebnisse der Allergietestung je vollendete 5 Minuten (65 Punkte) und bis zu viermal im Krankheitsfall abgerechnet werden. Die GOP 30100 kann auch bis zu viermal in einer Sitzung berechnet werden, sofern die Begrenzung im Krankheitsfall noch nicht ausgeschöpft ist.

GOP 30110 und 30111: Die bislang unter Abschnitt 30.1.1 verorteten GOP 30110 und 30111 zur allergologischen Diagnostik und/oder zum Ausschluss einer Allergie werden in den Abschnitt 30.1.2 überführt. Im obligaten Leistungsinhalt der GOP 30110 und 30111 wird der erste Spiegelstrich (spezifische allergologische Anamnese) gestrichen.

Die Bewertung der GOP 30110 wird auf 258 Punkte und der GOP 30111 auf 220 Punkte festgelegt.

Kostenpauschale 40350 und 40351 (neu): Zur Durchführung der Testreihen werden die Kostenpauschalen 40350 und 40351 in einen neuen Abschnitt 40.7 (Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Allergietestungen) aufgenommen. Die Kostenpauschale 40350 (16,14 Euro) ist im Zusammenhang mit der Durchführung der GOP 30110 abrechenbar. Die Kostenpauschale 40351 (5,50 Euro) ist im Zusammenhang mit der Durchführung der GOP 13250, 13258 und 30111 oder, sofern im Rahmen der Versichertenpauschale 03000 oder 04000 eine allergologische Basisdiagnostik mittels Pricktest erfolgt, abrechenbar. Daher wurde die bisherige Textpassage zur Abgeltung der Kosten („einschl. Kosten“) auch bei den GOP 13250 und 13258 sowie im Anhang 1 bei den GOP 03340 und 04340 gestrichen. Zudem wird die bisherige Textpassage zur Abgeltung der Kosten in den GOP 30110 und 30111 („einschl. Kosten“) gestrichen.

Kapitel 33 Ultraschalldiagnostik

GOP 33046 (neu): Derzeit sind Kontrastmitteleinbringungen nach Nr. 5 der Präambel des Kapitels 33 Ultraschalldiagnostik Bestandteil der GOP. Die Sonographie mit Kontrastmitteln ist deutlich zeitaufwändiger im Vergleich zur klassischen Echokardiographie und Sonographie des Abdomens. Da der Mehraufwand derzeit im EBM nicht adäquat abgebildet ist, erfolgt die Aufnahme einer neuen GOP 33046 (Zuschlag zu den GOP 33020, 33021, 33022, 33030, 33031 und 33042 bei Durchführung der Echokardiographie/Sonographie mit Kontrastmittel) mit einer Bewertung in Höhe von 76 Punkten. In der Anmerkung zur GOP 33046 wird geregelt, dass die GOP 33046 entgegen der Leistungslegende auch dann als Zuschlag zu anderen GOP berechnungsfähig ist, sofern mindestens eine der in der Leistungslegende der GOP 33046 genannten Leistungen nach den GOP 33020 bis 33022, 33030, 33031 und 33042 obligater oder fakultativer Leistungsinhalt dieser GOP ist und deren Durchführung mit Kontrastmitteleinbringung(en) erfolgt.

GOP 33100 (neu): Zur Anpassung des EBM an den Stand von Wissenschaft und Technik erfolgt die Aufnahme einer Leistung nach der GOP 33100 für die Muskel- und/oder Nervensonographie zur weiteren Klärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung, inkl. Nervenkompressionssyndrom mittels B-Mode-Verfahren. Die GOP 33100 kann ausschließlich von Fachärzten für Neurologie, Fachärzten für Nervenheilkunde, Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie, Fachärzten für Neurochirurgie und Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie berechnet werden. Die Leistung nach der GOP 33100 ist mit 72 Punkten bewertet.

Abschnitt 40.5 Kostenpauschalen für Krankheitsbericht, Kurplan, Fotokopien, Testbriefchen, Bezug von Harnstoff oder Mifepriston, Einmalsklerosierungsnadeln, zystoskopische Injektionsnadeln, -kanülen oder -katheter

Die Kostenpauschale 40157 (33,00 Euro) wird zur Abbildung der anfallenden Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung eines Schweißtests entsprechend der GOP 04535 unter Nutzung eines Iontophorese- und Schweißsammelsystems aufgenommen.

ANÄSTHESIOLOGIE

AUF EINEN BLICK

Entwicklung insgesamt für diese Fachgruppe: + 6,8 Prozent

- › Die Bewertung der GOP 05310 wurde um 23,4 Prozent reduziert. Gleichzeitig wurde die Berechnungsfähigkeit zusätzlich für Eingriffe außerhalb der Abschnitte 31.2 und 36.2 zugelassen.
- › Die eher geringe Absenkung der Kalkulationszeiten resultiert daraus, dass die überwiegende Anzahl der Leistungen eine festgeschriebene Mindestdauer haben und somit nicht angepasst wurden.
- › Gleichzeitig sind die Kosten der Fachgruppe um 8,6 Prozent gestiegen.
- › Dies führt dazu, dass in diesem eher technischen Fach eine Steigerung des Leistungsbedarfs um durchschnittlich 6,8 Prozent zu erwarten ist.

ENTWICKLUNG DER TOP-LEISTUNGEN

ÜBERSICHT			
GOP	Beschreibung	Bewertung neu ab 1. April in Punkten	Bewertung alt in Punkten
31822	Anästhesie oder Narkose 2	1346	1257
31841	Patientenadaptiertes Narkosemanagement II	706	706
31503	Postoperative Überwachung 3	488	513
31823	Anästhesie oder Narkose 3	1695	1542
30702	Zusatzpauschale Schmerztherapie	498	497
05330	Anästhesie oder Kurznarkose	997	840
05310	Präanästhesiologische Untersuchung	132	179
31824	Anästhesie oder Narkose 4	2045	1828
30700	Grundpauschale schmerztherapeutischer Patient	394	320

STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN

Abschnitt 1.4 Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen

GOP 01440: Die Berechnung der GOP 01440 („Verweilen außerhalb der Praxis ohne Erbringung weiterer berechnungsfähiger GOP, wegen der Erkrankung erforderlich“) ist in der gleichen Sitzung gegen verschiedene anästhesiologische GOP ausgeschlossen, jedoch nicht gegen die des Kapitels 1. Daher wird bei der GOP 01440 der Abrechnungsausschluss um die GOP 01852, 01856, 01903 und 01913 ergänzt.

Kapitel 5 Anästhesiologische Gebührenordnungspositionen

Die Nr. 5 der Präambel 5.1 EBM wird vor dem Hintergrund erweiterter Vorgaben zum Anästhesiemanagement angepasst. Die Ergänzung „für sämtliche Anästhesieformen, in allen Abschnitten

des EBM“ dient der Klarstellung, dass die Vorgaben auch außerhalb des Kapitels 5 gelten, da z. B. im Kapitel 31 nicht unmittelbar auf die Regelung in der Präambel 5.1. Nr. 5 Bezug genommen wird.

GOP 05310: Derzeit kann eine präanästhesiologische Untersuchung nur bei einer ambulanten oder belegärztlichen Operation der Abschnitte 31.2 bzw. 36.2 mit der GOP 05310 berechnet werden. Eine präanästhesiologische Untersuchung ist aber auch vor der Durchführung von Anästhesien aus Kapitel 5 bzw. anderen EBM-Abschnitten unabdingbar. Durch die Ergänzung der Leistungslegende der GOP 05310 erfolgt die Erweiterung der Berechnungsmöglichkeit der präanästhesiologischen Untersuchung auch bei Eingriffen außerhalb der Abschnitte 31.2 und 36.2, d. h. bei Anästhesien nach den GOP 05320 (Leitungsanästhesie an der Schädelbasis), 05330 (Anästhesie und/oder Narkose bis zu einer Schnitt-Naht-Zeit von 15 Minuten), 05340 (Überwachung der Vitalfunktion), 05341 (Einleitung und Unterhaltung einer Analgesie und/oder Sedierung), 05360 (Periduralanästhesie im Zusammenhang mit der Erbringung einer der GOP 08411 bis 08416) und 05370 (Anästhesie und/oder Narkose im Zusammenhang mit der Erbringung einer Leistung entsprechend der GOP 08415). Zudem werden die Abrechnungsausschlüsse der GOP 05310 neben den GOP 05360, 05361, 05370 und 05371 aufgehoben. Die Bewertung der GOP 05310 wird als Folge der Änderungen angepasst.

GOP 05330: Im Zuge der Anpassung des EBM an den aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik wird im 4. Spiegelstrich der Leistungslegende der GOP 05330 (Anästhesie oder Kurznaarkose) der Begriff „Kombinationsnaarkose“ durch „Naarkose“ ersetzt und „einschließlich Kapnometrie“ ergänzt.

GOP 05330 und 05370: Da die Leistungslegenden der GOP 05330 und 05370 (Anästhesie und/oder Naarkose, bis zu einer Schnitt-Naht-Zeit bzw. Eingriffszeit von 15 Minuten) bei identischem Leistungsinhalt von den Leistungslegenden der GOP 31821/36821 abweichen, wird in den Leistungslegenden der GOP 05330 und 05370 „zuzüglich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten“ durch „einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten“ ersetzt.

GOP 05340: Bei der GOP 05340 (Überwachung der Vitalfunktionen) wird im Zuge der Anpassung des EBM an den aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik die „Pulsoxymetrie“ in den obligaten Leistungsinhalt aufgenommen und das „Kontinuierliche EKG-Monitoring“ vom obligaten in den fakultativen Leistungsinhalt verschoben.

Abschnitt 30.7.2 Andere schmerztherapeutische Behandlungen

GOP 30740: Die Leistungslegende der GOP 30740 wird ergänzt, um klarzustellen, dass auch die Überprüfung von implantierten Stimulationsgeräten zur Rückenmarksstimulation (spinal cord stimulation, sog. SCS-Systeme), zur Spinalganglienstimulation (dorsal root ganglion stimulation, sog. DRG-Systeme), zur peripheren Nervenstimulation (sog. PNS-Systeme) sowie von Occipitalis-Nervenstimulationssystemen (ONS-Systeme) im Rahmen der Langzeitanalgesie über die GOP 30740 berechnungsfähig ist. Darüber hinaus wird in der ersten Anmerkung ergänzend eingefügt, dass die GOP 30740 nur bei implantierten Stimulationsgeräten mit Neurostimulator berechnungsfähig ist.

Abschnitt 31.5 / 36.5 Anästhesien im Zusammenhang mit Eingriffen des Abschnitts 31.2 / 36.2

Im Zuge der Anpassung des EBM an den aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik wird jeweils im 4. Spiegelstrich der Leistungslegende der GOP 31821 bis 31827 im Abschnitt 31.5.3 sowie der GOP 36821 bis 36827 im Abschnitt 36.5.3 der Begriff „Kombinationsnaarkose“ durch „Naarkose“ ersetzt und „einschließlich Kapnometrie“ ergänzt.

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.

AUGENHEILKUNDE

AUF EINEN BLICK

Entwicklung insgesamt für diese Fachgruppe: + 0,2 Prozent

- › Im Bereich der Augenheilkunde findet eine Umverteilung zwischen operativ tätigen und konservativ tätigen Vertragsärzten statt. Die Bewertung der Katarakt-Operation wurde um 7,5 Prozent abgesenkt. Der Leistungsbedarf operativ tätiger Augenärzte wird durchschnittlich um ca. 2,2 Prozent gemindert.
- › Gleichzeitig wurden die Grundpauschalen überprüft und der Zuschlag für die Behandlung durch einen konservativ tätigen Augenarzt um 14 Prozent aufgewertet. Dadurch kommt es zu einer durchschnittlichen Steigerung des Leistungsbedarfs konservativ tätiger Augenärzte um ca. 2 Prozent.

ENTWICKLUNG DER TOP-LEISTUNGEN

ÜBERSICHT			
GOP	Beschreibung	Bewertung neu ab 1. April in Punkten	Bewertung alt in Punkten
06212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	136	150
06225	Zuschlag für die Behandlung durch (einen) konservativ tätige(n) Augenarzt/-ärzte	126	111
31351	Intraocularer Eingriff der Kategorie X2	3754	4058
06211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	117	129
06333	Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes	53	51
06330	Perimetrie	156	140
06220	Zuschlag für die augenärztliche Grundversorgung	21	21
31341	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W1	766	766
06321	Zusatzpauschale Schielbehandlung ab 6. Lebensjahr	205	180

STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN

Kapitel 6 Augenärztliche Gebührenordnungspositionen

GOP 06210 bis 06212: Der fakultative Leistungsinhalt der augenärztlichen Grundpauschalen wird um einen weiteren Spiegelstrich für die Ausstellung einer Sehhilfenverordnung und/oder schriftliche Bestätigung über die für die Erstellung bzw. Anpassung einer Sehhilfe erforderlichen und im Rahmen der augenärztlichen Untersuchung ermittelten Werte (ausgenommen Arbeitsplatzbrillen (z. B. Bildschirmarbeitsplatzbrillen), Arbeitsschutzbrillen, Hobbybrillen (z. B. Musizierbrillen), Sportbrillen (z. B. Schießbrillen), sofern eine Verordnung von Sportbrillen nicht gemäß § 14 Abs. 3 der Hilfsmittel-Richtlinie des G-BA erfolgt) ergänzt. Damit wird klargestellt, dass die schriftliche Bestätigung der für die Anfertigung einer Sehhilfe notwendigen Werte Bestandteil der augenärztlichen Grundpauschale ist.

Abschnitt 31.2.13 und 36.2.13 Definierte operative Eingriffe der Ophthalmochirurgie:

GOP 31351 und 36351: Für Katarakteingriffe, die derzeit in Abschnitt 31.2 (Ambulante Operationen) und 36.2 (Belegärztliche Operationen) vordringlich als Eingriffe mit einer durchschnittlichen Operationszeit von 15 bis 30 Minuten in der Zeitkategorie „X2“ (Intraokularer Eingriff als Phakoemulsifikation) abgebildet sind, erfolgt eine Anpassung der Bewertungen der GOP 31351 und 36351 (Intraocularer Eingriff der Kategorie X2).

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.

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
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.

GYNÄKOLOGIE

AUF EINEN BLICK

Entwicklung insgesamt für diese Fachgruppe: + 0,8 Prozent (inkl. 0,3 Prozentpunkte für Förderung Chlamydien-Screening)

- › Zusätzlicher Leistungsbedarf in Höhe von insgesamt 25,2 Millionen Euro jährlich wird für die Förderung des Chlamydien-Screenings zur Verfügung gestellt. Hiervon entfallen 5,5 Millionen Euro auf die Leistungen der Empfängnisregelung und Chlamydien-Screening sowie 19,6 Millionen Euro auf die damit in Verbindung stehenden Laboruntersuchungen (davon 1,4 Mio. Euro auf Fachärzte für Gynäkologie).
- › Insgesamt wurden zahlreiche strukturelle Anpassungen vorgenommen, die aber zu wenigen Umverteilungen in der Fachgruppe führen.
- › Technische Leistungen wie Sonografien wurden in der Bewertung abgesenkt. Ausnahmen davon bilden in der Regel die technischen Leistungen, die einer bestimmten Mindestdauer unterliegen.

ENTWICKLUNG DER TOP-LEISTUNGEN

ÜBERSICHT			
GOP	Beschreibung	Bewertung neu ab 1. April in Punkten	Bewertung alt in Punkten
08211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	147	145
01770	Betreuung einer Schwangeren	1166	1093
01760	Krebsfrüherkennung bei der Frau gem. Abschnitt B. II. §§ 6 und 8 KFE-RL	159	159
01761	Krebsfrüherkennung bei der Frau gem. Teil III. C. § 6 oKFERL	179	179
01822	Beratung ggf. einschl. Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung	113	113
08212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	151	147
33044	Sonographie der weiblichen Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase	130	141
08220	Zuschlag für die gynäkologische Grundversorgung	24	24
01772	Weiterführende Sonographie I	363	382

STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN

Abschnitt 1.7.4 Mutterschaftsvorsorge

GOP 01770: Die GOP 01770 ist für die Betreuung einer Schwangeren berechnungsfähig. Aus dem Verweis auf die „Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung“ in der Leistungslegende ist nicht abzuleiten, dass die GOP 01770 nach der Entbindung berechnungsfähig ist. Zur Klarstellung erfolgt die Aufnahme von zwei

Anmerkungen zur GOP 01770, die die Abrechnung der GOP 01770 höchstens viermal je Schwangerschaft und ausschließlich bei Vorliegen einer Schwangerschaft ermöglichen.

GOP 01773: Bisher ist die Nebeneinanderberechnung der GOP 01773 und der GOP 33042 sowohl in der Sitzung als auch im Behandlungsfall ausgeschlossen. Die Abrechnungsausschlüsse der GOP 01773 werden dahingehend geändert, dass der Ausschluss in der Sitzung zur GOP 33042 bestehen bleibt und auf die GOP 33040 ausgeweitet wird. Der Ausschluss der GOP 01773 im Behandlungsfall neben den GOP 33040 und 33042 wird aufgehoben, sofern diese Leistungen nicht am Fötus erbracht werden.

GOP 01774 und 01775: Auf Grund des Ausschlusses der GOP 01774 und 01775 (Weiterführende Dopplersonographie I bzw. II gemäß Mutterschafts-Richtlinien) im Behandlungsfall neben bestimmten Ultraschalleistungen des Kapitels 33 konnte bisher nur eine Leistung im Behandlungsfall berechnet werden, auch dann, wenn die sonographische Untersuchung der Frau vor Eintritt der Schwangerschaft und/oder aus kurativem Anlass erfolgte. Die Berechnung der GOP 33021, 33022, 33043, 33060, 33061, 33063 und 33070 bis 33075 im Behandlungsfall neben der GOP 01774 bzw. 01775 wird nun ermöglicht, sofern die sonographische Untersuchung des Kapitels 33 nicht am Fötus durchgeführt wird.

GOP 01770 bis 01775: Die in den Mutterschafts-Richtlinien des G-BA geregelte Dokumentation der während der Schwangerschaft durchgeführten Ultraschalluntersuchungen im Mutterpass wird zur Klarstellung in den obligaten Leistungsinhalt der GOP 01770 bis 01775 aufgenommen.

GOP 01816: Der Nachweis von Chlamydia trachomatis im Urin ist einmal im Krankheitsfall über die GOP 01816 berechnungsfähig. Wird aber beispielsweise eine Patientin in kurzem Abstand nach einer Fehlgeburt wieder schwanger, muss nach den Mutterschafts-Richtlinien auch eine Untersuchung auf genitale Chlamydia trachomatis-Infektion durchgeführt werden. Um diese Konstellation sachgerecht im EBM abzubilden, wird die Abrechnungsbestimmung der GOP 01816 auf „höchstens zweimal im Krankheitsfall“ angepasst und eine Anmerkung aufgenommen, dass die GOP 01816 nur einmal je Schwangerschaft berechnungsfähig ist.

Abschnitt 1.7.5 Empfängnisregelung

GOP 01821 und 01822: Bei der GOP 01822 handelt es sich im Unterschied zur GOP 01821 um eine Beratung mit Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung. Zur Klarstellung wird bei der GOP 01822 die Untersuchung in den obligaten Leistungsinhalt aufgenommen und die Leistungslegende angepasst. Ebenfalls wird die Berechnungsfähigkeit für die GOP 01821 auf einmal im Behandlungsfall und für die GOP 01822 auf höchstens zweimal im Krankheitsfall festgelegt.

GOP 01823 und 01824 (neu): Zur Förderung der Teilnehmerate am Chlamydien-Screening im Rahmen der Empfängnisregelung bei Patientinnen bis zum vollendeten 25. Lebensjahr werden in den Abschnitt 1.7.5 zwei neue GOP aufgenommen. Die GOP 01823 (50 Punkte) bildet den Zuschlag zu den GOP 01821 und 01822 für die Beratung zum Chlamydien-Screening ab und kann einmal im Krankheitsfall berechnet werden. Mit der GOP 01824 (50 Punkte) wird die Erreichung einer festgelegten Durchführungsquote zum Chlamydien-Screening einmal im Krankheitsfall vergütet, sofern bei der Versicherten die Veranlassung der Untersuchung auf Chlamydia trachomatis nach der GOP 01840 durch die Praxis erfolgt ist. Die Durchführungsquote wird je Praxis und Quartal durch den Anteil der GOP 01824 im Verhältnis zur Anzahl an Behandlungsfällen mit der GOP 01823 ermittelt.

GOP 01828: Zur Angleichung an die Leistungshäufigkeit der GOP 01833 (Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis) ist die GOP 01828 (Entnahme von Venenblut für den Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis) nun einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Abschnitt 1.7.7 Schwangerschaftsabbruch

GOP 01901 und 01904: Gemäß der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des Gemeinsamen Bundesausschusses und gemäß § 218c StGB (Ärztliche Pflichtverletzung bei einem Schwangerschaftsabbruch) müssen die Beratung über die Bedeutung des Eingriffs sowie über Ablauf, Folgen und Risiken möglicher physischer und psychischer Auswirkungen nach § 218c des StGB und die

Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs von unterschiedlichen Ärzten durchgeführt werden. Aus diesem Grund wird eine klarstellende Anmerkung zu den GOP 01901 (Untersuchung vor Abortio) und 01904 (Abortio, medizinische oder kriminologische Indikation, operativ) aufgenommen, die einen gegenseitigen Abrechnungsausschluss regeln.

Kapitel 8 Frauenärztliche, geburtshilfliche und reproduktionsmedizinische Gebührenordnungspositionen

GOP 08345: 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 8.5 Reproduktionsmedizin

Die reproduktionsmedizinischen Komplexleistungen im Abschnitt 8.5 wurden in die einzelnen Phasen der Reproduktionsmedizin sowie nach korporalen und extrakorporalen Maßnahmen aufgeteilt, umstrukturiert und angepasst. Die bisherigen Leistungen des Abschnitts 8.5 beinhalteten Leistungen aus korporalen und extrakorporalen Maßnahmen und führten dadurch teilweise zu Abrechnungsproblemen bei gemischt versicherten Ehepaaren (GKV/PKV). Darüber hinaus wurden mit dem Ziel, Wartezeiten zu vermeiden, der Arztwechsel und der Wechsel zwischen allen Methoden der künstlichen Befruchtung im Behandlungsfall ermöglicht.

Entsprechend erfolgen verschiedene Folgeänderungen in der ersten, vierten, sechsten, siebten, achten, zehnten, elften und zwölften Bestimmung zum Abschnitt 8.5, die aus der Aufteilung der Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung und der Umstrukturierung des Abschnitts 8.5 durch den vorliegenden Beschluss resultieren. In der achten Bestimmung zum Abschnitt 8.5 wird angegeben, welche GOP korporale Maßnahmen enthalten und welche für die extrakorporalen Maßnahmen vorgesehen sind. Zur Klarstellung wird in der sechsten Bestimmung zum Abschnitt 8.5 die Zyklusfall-Definition für den Patienten ohne endogen gesteuerten Zyklus ergänzt und die Eizellentnahme konkretisiert. In der elften Bestimmung wird der Ausschluss des Wechsels des Arztes im Laufe eines Kalendervierteljahres auf Zyklusfall umgestellt.

Durch die Aufnahme einer fünfzehnten Bestimmung zum Abschnitt 8.5, wird klargestellt, dass die GOP 08530, 08531, 08535, 08537 bis 08540, 08550, 08555 und 08558 auf der Nr. 12 der Richtlinien über künstliche Befruchtung basieren.

Zur Ermöglichung des Methodenwechsels zwischen homologer Insemination im Spontanzklus (GOP 08530) oder nach hormoneller Stimulation (GOP 08531) und In-vitro-Fertilisation (IVF) oder Intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI) während des Behandlungsverlaufs wird die Abrechenbarkeit für die GOP von Behandlungsfall auf Zyklusfall umgestellt. Diese Umstellung wird durch die Streichung der ersten Anmerkungen der jeweiligen GOP operationalisiert. Der Methodenwechsel während eines Zyklusfalls ist durch einen Nebeneinanderrechnungsausschluss ausgeschlossen. Als Folgeänderung wird die Nebeneinanderabrechnung zwischen den GOP 08521 und 08530 von Reproduktionsfall auf Zyklusfall umgestellt.

Die Aufteilung der bestehenden GOP im Rahmen der künstlichen Befruchtung in extrakorporale und korporale Maßnahmen führt zur Streichung der bestehenden GOP 08541, 08542, 08551, 08552, 08560 und 08561 und Aufnahme von neuen GOP für die Stimulationsbehandlung (GOP 08535), die ultraschallgezielte und/oder laparoskopische Follikelpunktion zur intendierten Eizellentnahme (GOP 08537), den Zuschlag zur GOP 08537 bei ambulanter Durchführung (GOP 08538), die Identifizierung von Eizelle(n) und Beurteilung der Reifestadien der Eizellen (GOP 08539), die extrakorporale Befruchtung mittels intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (GOP 08555) und den Embryo-Transfer (ET) (GOP 08558). Aufgrund der Streichungen und Neuaufnahmen werden verschiedene Folgeänderungen vorgenommen, u. a. beim Zuschlag zur Grundpauschale (GOP 08230) und den GOP 01510 bis 01512 im Abschnitt 1.5.

Die neu aufgenommene GOP 08535 (1991 Punkte) entspricht inhaltlich und in der Bewertung der bisher in den Komplexleistungen (GOP 08550 bis 08552 und 08560 bis 08562) beinhalteten Stimulationsbehandlung und ist einmal im Zyklusfall berechnungsfähig.

Die Eizellentnahme nach der bisherigen GOP 08541 wird in die korporale Leistung (GOP 08537, Follikelpunktion zur intendierten Eizellentnahme, 365 Punkte) und in die extrakorporale Leistung (GOP 08539, Identifizierung von Eizelle(n) und Beurteilung der Reifestadien der Eizellen, 157 Punkte) überführt. Die Bewertung wurde dabei aufwandsbezogen aufgeteilt.

Die neue GOP 08539 kann nur nach Durchführung einer Follikelpunktion gemäß GOP 08537 abgerechnet werden und ist demnach im Zyklusfall nur im Zusammenhang mit der GOP 08537 berechnungsfähig.

Die GOP 08550 ist nun für die extrakorporale Befruchtung mit natürlicher Eizell-Spermien-Interaktion (In-vitro-Fertilisation (IVF)), inklusive Kultivierung abzurechnen. Die Bewertung der bisherigen Komplexleistung nach der GOP 08550 wurde auf die Leistungen nach den GOP 08535, 08550 und 08558 aufgeteilt. Die Leistung ist im Zyklusfall nicht neben den GOP 08530, 08531 und 08555 berechnungsfähig.

Die neue GOP 08555 (9074 Punkte) kann für die extrakorporale intrazytoplasmatische Spermieninjektion gemäß Nr. 10.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung einmal im Zyklusfall abgerechnet werden. Sie deckt alle erforderlichen extrakorporalen Maßnahmen (außer denen nach Nrn. 12.1, 12.2 und 12.6) ab. Im Zyklusfall ist die Leistung nach der GOP 08555 nur im Zusammenhang mit der GOP 08535 berechnungsfähig.

Die korporalen Maßnahmen des Embryo-Transfers (ET) sind mit der neu aufgenommenen GOP 08558 (1293 Punkte) abrechenbar, jedoch nur im Zusammenhang mit der GOP 08335 und 08550 oder 08555.

Darüber hinaus werden in der GOP 32001 im Abschnitt 32.1, in der zweiten Bestimmung zum Abschnitt 32.2 und in der vierten Bestimmung zum Abschnitt 32.3 entfallene GOP durch neu aufgenommene GOP ersetzt.

Abschnitt 30.6 Proktologie

GOP 30600: In der Auflistung der Fachärzte, die die GOP 30600 berechnen dürfen (erste Bestimmung zum EBM-Abschnitt 30.6), werden nicht alle Fachärzte berücksichtigt, die die Zusatzbezeichnung Proktologie erlangen können (z. B. Fachärzte für Gynäkologie). Durch die Aufnahme eines fünften Spiegelstriches in die erste Bestimmung zum Abschnitt 30.6 EBM, wird Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Proktologie die Abrechnung der GOP 30600 ermöglicht.

Kapitel 33 Ultraschalldiagnostik

GOP 33090: Zur GOP 33090 (Zuschlag für transkavitäre Untersuchungen) wird eine neue erste Anmerkung aufgenommen, nach der die GOP 33090 bei transösophagealer Durchführung und unter der Voraussetzung des Vorliegens von mindestens einer gesicherten Diagnose aus einem Kreis definierter Diagnosen zweimal je Sitzung berechnungsfähig ist. Durch diese Anpassung wird der Kostenaufwand abgebildet, der sich aus der Durchführung der Endosonographie ergibt.

Abschnitt 34.2 Diagnostische Radiologie

GOP 34271: Der obligate Leistungsinhalt der GOP 34271 (Zuschlag zur GOP 34270, Mammografie) wird dahingehend ergänzt, dass auch die präoperative Markierung vor einer neoadjuvanten Therapie in dieser Leistung beinhaltet ist. Zudem erfolgt eine Anpassung der Leistungslegende sowie die Aufnahme einer Anmerkung, dass die GOP 34271 bei Patienten mit einer multifokalen oder multizentrischen bösartigen Neubildung der Brustdrüse (Mamma) bei ausgedehnten Befunden vor neoadjuvanter Therapie je Seite zweimal berechnungsfähig ist.

HALS-NASEN-OHREN-HEILKUNDE

AUF EINEN BLICK

Entwicklung insgesamt für diese Fachgruppe: + 1,3 Prozent

- › Mit Ausnahme der Umstrukturierung der allergologischen Leistungen gibt es nur wenige strukturelle Änderungen in diesem Fachgebiet.
- › Es erfolgen Änderungen bei der Allergologiediagnostik: Die allergologische Anamnese wurde ausgegliedert und Sachkostenpauschalen im Zusammenhang mit den allergologischen Leistungen eingeführt.
- › Technische Leistungen, die keiner Zeitbindung unterliegen, wurden in der Regel geringer bewertet. Dafür wurden die Grundpauschalen höher bewertet.
- › Der Personalkostenanteil der Kostenstelle „Camera Silens“ wurde angepasst, sodass rechnerisch 0,64 Euro pro Minute für Personalkosten enthalten sind.

ENTWICKLUNG DER TOP-LEISTUNGEN

ÜBERSICHT			
GOP	Beschreibung	Bewertung neu ab 1. April in Punkten	Bewertung alt in Punkten
09211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	203	198
09212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	211	205
09320	Tonschwellenaudiometrie	146	147
09220	Zuschlag für die Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundversorgung	27	27
09311	Lupenlaryngoskopie	74	76
09372	Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen und Erwachsenen	494	494
09323	Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln	68	78
09374	Zusatzpauschale für die Nachsorge(n) bei Hörgeräteversorgung	452	452
09210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	250	240

STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN

Kapitel 9 Hals-Nasen-Ohrenärztliche Gebührenordnungspositionen

GOP 09345: 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.

GOP 09350: In der GOP 09350 wird der Wechsel einer Trachealkanüle mit „und/oder“-Verknüpfung in der Leistungslegende sowie im obligaten Leistungsinhalt ergänzt.

GOP 09325: Die inhaltsgleichen GOP 09325 und 20325 werden in ihrem Wortlaut vereinheitlicht. Dazu werden der obligate Leistungsinhalt und die Leistungslegende der GOP 20325 angepasst.

Abschnitt 30.1 Allergologie / Abschnitt 40.7 Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Allergietestungen

Bisher war es nicht möglich, eine allergologische Anamnese abzurechnen ohne eine anschließende Allergietestung durchzuführen, da sie obligater Leistungsinhalt der GOP 30110 und 30111 (Allergologiediagnostik I und II) ist. Zur Abgrenzung einer allergologischen Anamnese von Allergie-Testverfahren wird der Abschnitt 30.1 umstrukturiert und der Abschnitt 30.1.1 in „Allergologische Anamnese“ und der Abschnitt 30.1.2 in „Allergie-Testungen“ umbenannt. Im bestehenden Abschnitt 30.1.3 (Hyposensibilisierungsbehandlung) erfolgen keine Änderungen.

GOP 30100 (neu): In Abschnitt 30.1.1 wird eine neue GOP 30100 aufgenommen. Sie kann unabhängig von Allergie-Testverfahren für die allergologische Anamnese und/oder zur Beratung und Befundbesprechung nach Vorliegen der Ergebnisse der Allergietestung je vollendete 5 Minuten (65 Punkte) und bis zu viermal im Krankheitsfall abgerechnet werden. Die GOP 30100 kann auch bis zu viermal in einer Sitzung berechnet werden, sofern die Begrenzung im Krankheitsfall noch nicht ausgeschöpft ist.

GOP 30110 und 30111: Die bislang unter Abschnitt 30.1.1 verorteten GOP 30110 und 30111 zur allergologischen Diagnostik und/oder zum Ausschluss einer Allergie werden in den Abschnitt 30.1.2 überführt. Im obligaten Leistungsinhalt der GOP 30110 und 30111 wird der erste Spiegelstrich (spezifische allergologische Anamnese) gestrichen.

Die Bewertung der GOP 30110 wird auf 258 Punkte und der GOP 30111 auf 220 Punkte festgelegt.

Kostenpauschale 40350 und 40351 (neu): Zur Durchführung der Testreihen werden die Kostenpauschalen 40350 und 40351 in einen neuen Abschnitt 40.7 (Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Allergietestungen) aufgenommen. Die bisherige Textpassage zur Abgeltung der Kosten in den GOP 30110 und 30111 („einschl. Kosten“) wird gestrichen.

Die Kostenpauschale 40350 (16,14 Euro) ist im Zusammenhang mit der Durchführung der GOP 30110 abrechenbar. Die Kostenpauschale 40351 (5,50 Euro) ist im Zusammenhang mit der Durchführung der GOP 13250, 13258 und 30111 oder, sofern im Rahmen der Versichertenpauschale 03000 oder 04000 eine allergologische Basisdiagnostik mittels Pricktest erfolgt, abrechenbar. Daher wurde die bisherige Textpassage zur Abgeltung der Kosten („einschl. Kosten“) auch bei den GOP 13250 und 13258 sowie im Anhang 1 bei den GOP 03340 und 04340 gestrichen.

DERMATOLOGIE

AUF EINEN BLICK

Entwicklung insgesamt für diese Fachgruppe: + 2,5 Prozent (inkl. 1,5 Prozentpunkte für Erhöhung Hautkrebsscreening)

- › Die Auflichtmikroskopie wurde auf Grundlage eines entsprechenden Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses als fakultativer Leistungsinhalt in die GOP 01745 und in die Grundpauschalen aufgenommen. Die daraus resultierende Anhebung der Bewertung der GOP 01745 erfolgt außerhalb der Punktsommenneutralität (+ 12,8 Mio. Euro bundesweit).
- › Es erfolgen Änderungen bei der Allergologiediagnostik: Die allergologische Anamnese wurde ausgegliedert und Sachkostenpauschalen im Zusammenhang mit den allergologischen Leistungen eingeführt.

ENTWICKLUNG DER TOP-LEISTUNGEN

ÜBERSICHT			
GOP	Beschreibung	Bewertung neu ab 1. April in Punkten	Bewertung alt in Punkten
10211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	143	140
10212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	147	143
01745	Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs	253	214
31101	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1	881	881
31102	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	1438	1438
10220	Zuschlag für die hautärztliche Grundversorgung	18	18

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 1.7.2 Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen

GOP 01745 und 01746: Derzeit ist die Untersuchung mittels Auflichtmikroskopie/Dermatoskopie kein Bestandteil der GOP 01745 und 01746 (Hautkrebs-Screening). Zur Verbesserung der präventiven kollektivvertragsärztlichen Versorgung der Versicherten sowie zur eindeutigen Abbildung und Abrechnung wird die Auflichtmikroskopie/Dermatoskopie in den fakultativen Leistungsinhalt der GOP 01745 und 01746 aufgenommen und deren Bewertung angepasst. In den Abrechnungsanmerkungen der GOP 01745 und 01746 wird zudem „mit Ausnahme der Auflichtmikroskopie/Dermatoskopie“ gestrichen.

Kapitel 10 Hautärztliche Gebührenordnungspositionen

GOP 10210 bis 10212: Für die kurative Anwendung wird die Auflichtmikroskopie/Dermatoskopie in den fakultativen Leistungsinhalt der hautärztlichen Grundpauschalen (GOP 10210 bis 10212) aufgenommen.

GOP 10345: 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 30.1 Allergologie / Abschnitt 40.7 Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Allergietestungen

Bisher war es nicht möglich, eine allergologische Anamnese abzurechnen ohne eine anschließende Allergietestung durchzuführen, da sie obligater Leistungsinhalt der GOP 30110 und 30111 (Allergologiediagnostik I und II) ist. Zur Abgrenzung einer allergologischen Anamnese von Allergietestverfahren wird der Abschnitt 30.1 umstrukturiert und der Abschnitt 30.1.1 in „Allergologische Anamnese“ und der Abschnitt 30.1.2 in „Allergie-Testungen“ umbenannt. Im bestehenden Abschnitt 30.1.3 (Hyposensibilisierungsbildung) erfolgen keine Änderungen.

GOP 30100 (neu): In Abschnitt 30.1.1 wird eine neue GOP 30100 aufgenommen. Sie kann unabhängig von Allergietestverfahren für die allergologische Anamnese und/oder zur Beratung und Befundbesprechung nach Vorliegen der Ergebnisse der Allergietestung je vollendete 5 Minuten (65 Punkte) und bis zu viermal im Krankheitsfall abgerechnet werden. Die GOP 30100 kann auch bis zu viermal in einer Sitzung berechnet werden, sofern die Begrenzung im Krankheitsfall noch nicht ausgeschöpft ist.

GOP 30110 und 30111: Die bislang unter Abschnitt 30.1.1 verorteten GOP 30110 und 30111 zur allergologischen Diagnostik und/oder zum Ausschluss einer Allergie werden in den Abschnitt 30.1.2 überführt. Im obligaten Leistungsinhalt der GOP 30110 und 30111 wird der erste Spiegelstrich (spezifische allergologische Anamnese) gestrichen.

Die Bewertung der GOP 30110 wird auf 258 Punkte und der GOP 30111 auf 220 Punkte festgelegt.

Kostenpauschale 40350 und 40351 (neu): Zur Durchführung der Testreihen werden die Kostenpauschalen 40350 und 40351 in einen neuen Abschnitt 40.7 (Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Allergietestungen) aufgenommen. Die bisherige Textpassage zur Abgeltung der Kosten in den GOP 30110 und 30111 („einschl. Kosten“) wird gestrichen.

Die Kostenpauschale 40350 (16,14 Euro) ist im Zusammenhang mit der Durchführung der GOP 30110 abrechenbar. Die Kostenpauschale 40351 (5,50 Euro) ist im Zusammenhang mit der Durchführung der GOP 13250, 13258 und 30111 oder, sofern im Rahmen der Versichertenpauschale 03000 oder 04000 eine allergologische Basisdiagnostik mittels Pricktest erfolgt, abrechenbar. Daher wurde die bisherige Textpassage zur Abgeltung der Kosten („einschl. Kosten“) auch bei den GOP 13250 und 13258 sowie im Anhang 1 bei den GOP 03340 und 04340 gestrichen.

Abschnitt 30.4 Physikalische Therapie

GOP 30430 und 30431: Bei der Durchführung der GOP 30430 (Selektive Phototherapie mittels indikationsbezogen optimierten UV-Spektrums) und der GOP 30431 (Zuschlag zu der GOP 30430 bei Durchführung der Phototherapie als Photochemotherapie) können gemäß der Allgemeinen Bestimmungen 4.3.8 die Zuschläge zur Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG) derzeit nicht berechnet werden. Künftig werden die Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung zugeordnet.

Die GOP 30430 und 30431 dürfen zudem gemäß Anlage 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (Nummer 38) nicht abgerechnet werden bei selektiver UVA1 Bestrahlung. Dies wird mit der Aufnahme einer ersten Anmerkung zu diesen GOP im EBM klargestellt.

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.

Kapitel 33 Ultraschalldiagnostik

GOP 33080: Aus der GOP 33080 ging bisher eindeutig hervor, dass es sich immer nur um die Ultraschalldiagnostik von Teilen der Haut handelt. Zudem sind zur Untersuchung der Haut einerseits und des subkutanen Gewebes einschließlich Lymphknoten andererseits gemäß der Ultraschallvereinbarung unterschiedliche Schallköpfe vorzuhalten. Daher wird die bisherige Leistungslegende „Sonographische Untersuchung der Haut und Subkutis mittels B-Mode-Verfahren“ geändert in „Sonographische Untersuchung von Teilen der Haut und/oder Subkutis und/oder der subkutanen Lymphknoten mittels B-Mode-Verfahren“. Um eine Abrechnung der GOP 33080 auch für Vertragsärzte, die keinen Schallkopf für die Untersuchung der Haut vorhalten, zu ermöglichen, erfolgt die Aufnahme einer zweiten Anmerkung zur GOP 33080. Sie hat zum Inhalt, dass bei Nichtvorhalten des Schallkopfes für die Haut entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen ein Abschlag in Höhe von 12 Punkten auf die GOP 33080 vorzunehmen und die Prüfzeit um eine Minute zu reduzieren ist.

INNERE MEDIZIN OHNE SCHWERPUNKT

AUF EINEN BLICK

Entwicklung insgesamt für diese Fachgruppe: - 3,7 Prozent

- › Es wurden wenige strukturelle Änderungen vorgenommen.
- › Der Rückgang des Leistungsbedarfs ist durch eher technische Leistungen zu erklären (Absenkung der Sonografien, der Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung und der Koloskopie).
- › Es erfolgen Änderungen bei der Allergologiediagnostik: Die allergologische Anamnese wurde ausgegliedert und Sachkostenpauschalen im Zusammenhang mit den allergologischen Leistungen eingeführt.

ENTWICKLUNG DER TOP-LEISTUNGEN

ÜBERSICHT			
GOP	Beschreibung	Bewertung neu ab 1. April in Punkten	Bewertung alt in Punkten
13421	Zusatzpauschale Koloskopie	1608	1766
13212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	196	216
13211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	184	202
13400	Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie	900	835
13250	Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung	151	157
01741	Totale Koloskopie gem. Krebsfrüherkennungsrichtlinien	1772	1945
33022	Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	307	336
33042	Abdominelle Sonographie	143	157

STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN

Abschnitt 13.2.2 Allgemeine internistische Gebührenordnungspositionen

GOP 13250 und 13258: In den GOP 13250 und 13258 werden die Kosten für die Testsubstanzen der allergologischen Basisdiagnostik gestrichen. Kosten für Allergie-Testungen sind über die neue Kostenpauschale 40351 im Abschnitt 40.7 berechnungsfähig.

GOP 13256: Bei den Einzelleistungen nach den GOP 04536, 13256 und 36884 sowie den Teilleistungen in der GOP 13250, die dieselbe Leistung (Bestimmung des Säurebasehaushaltes und Blutgasanalyse) beschreiben, erfolgt eine Angleichung des obligaten Leistungsinhaltes. Bei den GOP 13256 und 36884 wird darüber hinaus die Leistungslegende angeglichen. Zudem werden redaktionelle Änderungen bei den GOP 04530 und 13661 vorgenommen.

Abschnitt 30.1 Allergologie / Abschnitt 40.7 Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Allergietestungen

Bisher war es nicht möglich, eine allergologische Anamnese abzurechnen ohne eine anschließende Allergietestung durchzuführen, da sie obligater Leistungsinhalt der GOP 30110 und 30111 (Allergologiediagnostik I und II) ist. Zur Abgrenzung einer allergologischen Anamnese von Allergie-

Testverfahren wird der Abschnitt 30.1 umstrukturiert und der Abschnitt 30.1.1 in „Allergologische Anamnese“ und der Abschnitt 30.1.2 in „Allergie-Testungen“ umbenannt. Im bestehenden Abschnitt 30.1.3 (Hyposensibilisierungsbehandlung) erfolgen keine Änderungen.

GOP 30100 (neu): In Abschnitt 30.1.1 wird eine neue GOP 30100 aufgenommen. Sie kann unabhängig von Allergie-Testverfahren für die allergologische Anamnese und/oder zur Beratung und Befundbesprechung nach Vorliegen der Ergebnisse der Allergietestung je vollendete 5 Minuten (65 Punkte) und bis zu viermal im Krankheitsfall abgerechnet werden. Die GOP 30100 kann auch bis zu viermal in einer Sitzung berechnet werden, sofern die Begrenzung im Krankheitsfall noch nicht ausgeschöpft ist.

GOP 30110 und 30111: Die bislang unter Abschnitt 30.1.1 verorteten GOP 30110 und 30111 zur allergologischen Diagnostik und/oder zum Ausschluss einer Allergie werden in den Abschnitt 30.1.2 überführt. Im obligaten Leistungsinhalt der GOP 30110 und 30111 wird der erste Spiegelstrich (spezifische allergologische Anamnese) gestrichen.

Die Bewertung der GOP 30110 wird auf 258 Punkte und der GOP 30111 auf 220 Punkte festgelegt.

Kostenpauschale 40350 und 40351 (neu): Zur Durchführung der Testreihen werden die Kostenpauschalen 40350 und 40351 in einen neuen Abschnitt 40.7 (Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Allergietestungen) aufgenommen. Die bisherige Textpassage zur Abgeltung der Kosten in den GOP 30110 und 30111 („einschl. Kosten“) wird gestrichen.

Die Kostenpauschale 40350 (16,14 Euro) ist im Zusammenhang mit der Durchführung der GOP 30110 abrechenbar. Die Kostenpauschale 40351 (5,50 Euro) ist im Zusammenhang mit der Durchführung der GOP 13250, 13258 und 30111 oder, sofern im Rahmen der Versichertenpauschale 03000 oder 04000 eine allergologische Basisdiagnostik mittels Pricktest erfolgt, abrechenbar. Daher wurde die bisherige Textpassage zur Abgeltung der Kosten („einschl. Kosten“) auch bei den GOP 13250 und 13258 sowie im Anhang 1 bei den GOP 03340 und 04340 gestrichen.

Kapitel 33 Ultraschalldiagnostik

GOP 33046 (neu): Derzeit sind Kontrastmitteleinbringungen nach Nr. 5 der Präambel des Kapitels 33 Ultraschalldiagnostik Bestandteil der GOP. Die Sonographie mit Kontrastmitteln ist deutlich zeitaufwändiger im Vergleich zur klassischen Echokardiographie und Sonographie des Abdomens. Da der Mehraufwand derzeit im EBM nicht adäquat abgebildet ist, erfolgt die Aufnahme einer neuen GOP 33046 (Zuschlag zu den GOP 33020, 33021, 33022, 33030, 33031 und 33042 bei Durchführung der Echokardiographie/Sonographie mit Kontrastmittel) mit einer Bewertung in Höhe von 76 Punkten. In der Anmerkung zur GOP 33046 wird geregelt, dass die GOP 33046 entgegen der Leistungslegende auch dann als Zuschlag zu anderen GOP berechnungsfähig ist, sofern mindestens eine der in der Leistungslegende der GOP 33046 genannten Leistungen nach den GOP 33020 bis 33022, 33030, 33031 und 33042 obligater oder fakultativer Leistungsinhalt dieser GOP ist und deren Durchführung mit Kontrastmitteleinbringung(en) erfolgt.

INNERE MEDIZIN ANGIOLOGIE

AUF EINEN BLICK

Entwicklung insgesamt für diese Fachgruppe: - 6,4 Prozent

- › Es wurden wenige strukturelle Änderungen vorgenommen.
- › Der Rückgang in der Fachgruppe ist durch eher technische Leistungen zu erklären. Die Absenkung der Sonografien wirkt sich zudem deutlich auf die Zusatzpauschale Angiologie aus.
- › Demgegenüber wurden die Grundpauschalen leicht aufgewertet.

ENTWICKLUNG DER TOP-LEISTUNGEN

ÜBERSICHT			
GOP	Beschreibung	Bewertung neu ab 1. April in Punkten	Bewertung alt in Punkten
13300	Zusatzpauschale Angiologie	535	614
13292	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	211	207
13291	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	206	202
33022	Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	307	336
13250	Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung	151	157
33042	Abdominelle Sonographie	143	157

STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN

Kapitel 33 Ultraschalldiagnostik

GOP 33046 (neu): Derzeit sind Kontrastmitteleinbringungen nach Nr. 5 der Präambel des Kapitels 33 Ultraschalldiagnostik Bestandteil der GOP. Die Sonographie mit Kontrastmitteln ist deutlich zeitaufwändiger im Vergleich zur klassischen Echokardiographie und Sonographie des Abdomens. Da der Mehraufwand derzeit im EBM nicht adäquat abgebildet ist, erfolgt die Aufnahme einer neuen GOP 33046 (Zuschlag zu den GOP 33020, 33021, 33022, 33030, 33031 und 33042 bei Durchführung der Echokardiographie/Sonographie mit Kontrastmittel) mit einer Bewertung in Höhe von 76 Punkten. In der Anmerkung zur GOP 33046 wird geregelt, dass die GOP 33046 entgegen der Leistungslegende auch dann als Zuschlag zu anderen GOP berechnungsfähig ist, sofern mindestens eine der in der Leistungslegende der GOP 33046 genannten Leistungen nach den GOP 33020 bis 33022, 33030, 33031 und 33042 obligater oder fakultativer Leistungsinhalt dieser GOP ist und deren Durchführung mit Kontrastmitteleinbringung(en) erfolgt.

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.

Abschnitt 36.6 Belegärztlich konservativer Bereich

Zur Ermöglichung der Berechnung der GOP 36881 bzw. 36883 neben den Grundpauschalen der Schwerpunktinternisten sowie deren Zuschläge im Behandlungsfall wurden die Berechnungsausschlüsse in den Anmerkungen zu den GOP 36881 und 36883 angepasst.

INNERE MEDIZIN ENDOKRINOLOGIE

AUF EINEN BLICK

Entwicklung insgesamt für diese Fachgruppe: - 3,1 Prozent

- › Es wurden keine strukturellen Änderungen vorgenommen.
- › Der Rückgang des Leistungsbedarfs ist durch die geringere Bewertung der technischen Leistungen (Absenkung der Sonografien) und der Absenkung der Bewertungen der Grundpauschalen zu erklären.
- › Ärzte mit einem hohen Anteil an Laborleistungen haben einen geringeren Rückgang des Leistungsbedarfs zu erwarten, da dieser Bereich in der Bewertung unverändert bleibt.

ENTWICKLUNG DER TOP-LEISTUNGEN

ÜBERSICHT			
GOP	Beschreibung	Bewertung neu ab 1. April in Punkten	Bewertung alt in Punkten
13341	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	213	225
13350	Komplex Hormondrüsen-Fehlfunktion	139	166
13342	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	207	217
33012	Schilddrüsen-Sonographie	77	85
33011	Sonographie der Gesichteweichteile und/oder Halsweichteile und/oder Speicheldrüsen (mit Ausnahme der Schilddrüse)	79	87

STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN

Abschnitt 36.6 Belegärztlich konservativer Bereich

Zur Ermöglichung der Berechnung der GOP 36881 bzw. 36883 neben den Grundpauschalen der Schwerpunktinternisten sowie deren Zuschläge im Behandlungsfall wurden die Berechnungsausschlüsse in den Anmerkungen zu den GOP 36881 und 36883 angepasst.

INNERE MEDIZIN GASTROENTEROLOGIE

AUF EINEN BLICK

Entwicklung insgesamt für diese Fachgruppe: - 5,3 Prozent

- › Es wurden wenige strukturelle Änderungen vorgenommen.
- › Der Rückgang des Leistungsbedarfs ist durch eher technische Leistungen (Absenkung der Sonografien) und die geringeren Bewertungen der Grundpauschalen zu erklären.
- › Es erfolgt auf der einen Seite eine Aufwertung der Gastroskopie um 8 Prozent. Auf der anderen Seite wurde eine Absenkung der Koloskopie um 9 Prozent beschlossen. Innerhalb der Fachgruppe kommt es zwischen den eher gastroskopisch tätigen und den eher endoskopisch tätigen Ärzten dadurch zu einer Verschiebung des Leistungsbedarfs.

ENTWICKLUNG DER TOP-LEISTUNGEN

ÜBERSICHT			
GOP	Beschreibung	Bewertung neu ab 1. April in Punkten	Bewertung alt in Punkten
13421	Zusatzpauschale Koloskopie	1608	1766
13400	Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie	900	835
01741	Totale Koloskopie gem. Krebsfrüherkennungsrichtlinien	1772	1945
13391	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	169	191
13392	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	177	198
33042	Abdominelle Sonographie	143	157
30600	Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie	94	85

STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN

Abschnitt 1.5 Ambulante Betreuung und Nachsorge

GOP 01510 bis 01512: Bislang war die Beobachtung und Betreuung eines Patienten bei der subkutanen Gabe von Trastuzumab nicht nach dem EBM berechnungsfähig. Um diese Behandlung abzubilden, wird der zweite Spiegelstrich des obligaten Leistungsinhalts der GOP 01510 bis 01512 im Abschnitt 1.5 des EBM angepasst und eine neue Anmerkung aufgenommen. Für die subkutane Gabe von Trastuzumab ist bei der ersten Injektion die GOP 01512 und bei allen weiteren Injektionen die GOP 01510 bzw. 01511 berechnungsfähig.

Abschnitt 13.3.3 Gastroenterologische Gebührenordnungspositionen

GOP 13420: Die GOP 13420 (Saugbiopsie des Dünndarms beim Kleinkind oder Kind) wird gestrichen, da die Leistung in der ambulanten Versorgung nur sehr selten durchgeführt wird.

GOP 13435: 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.

GOP 13437 und 13438: Da die Legendierung und Bewertung der Zusatzpauschalen zur Behandlung von Leber-Transplantatträgern (GOP 13437) und Dünndarm-Transplantatträgern (GOP 13438) identisch sind, werden diese beiden Leistungen in der GOP 13437 zusammengeführt. Die GOP 13438 wird entsprechend gestrichen.

GOP 13439: Die Leistungslegende und der obligate Leistungsinhalt der GOP 13601 (Zusatzpauschale Behandlung eines Nieren-Transplantatträgers) im Abschnitt 13.3.6 werden um die Behandlung von Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgern ergänzt. Gleichzeitig wird in Abschnitt 13.3.3 die GOP 13439 (Zusatzpauschale Behandlung eines Bauchspeicheldrüsen- oder Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers) auf die Behandlung von Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgern beschränkt. Durch die neuverortete Abbildung der Behandlung von Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgern wird der Tatsache Rechnung getragen, dass diese ausschließlich durch entsprechend qualifizierte Fachärzte für Nephrologie erfolgt, sich in Abschnitt 13.3.6 jedoch bislang keine Abrechnungsmöglichkeit für diese Leistung befindet.

Kapitel 33 Ultraschalldiagnostik

GOP 33046 (neu): Derzeit sind Kontrastmitteleinbringungen nach Nr. 5 der Präambel des Kapitels 33 Ultraschalldiagnostik Bestandteil der GOP. Die Sonographie mit Kontrastmitteln ist deutlich zeitaufwändiger im Vergleich zur klassischen Echokardiographie und Sonographie des Abdomens. Da der Mehraufwand derzeit im EBM nicht adäquat abgebildet ist, erfolgt die Aufnahme einer neuen GOP 33046 (Zuschlag zu den GOP 33020, 33021, 33022, 33030, 33031 und 33042 bei Durchführung der Echokardiographie/Sonographie mit Kontrastmittel) mit einer Bewertung in Höhe von 76 Punkten. In der Anmerkung zur GOP 33046 wird geregelt, dass die GOP 33046 entgegen der Leistungslegende auch dann als Zuschlag zu anderen GOP berechnungsfähig ist, sofern mindestens eine der in der Leistungslegende der GOP 33046 genannten Leistungen nach den GOP 33020 bis 33022, 33030, 33031 und 33042 obligater oder fakultativer Leistungsinhalt dieser GOP ist und deren Durchführung mit Kontrastmitteleinbringung(en) erfolgt.

GOP 33090: Zur GOP 33090 (Zuschlag für transkavitäre Untersuchungen) wird eine neue erste Anmerkung aufgenommen, nach der die GOP 33090 bei transösophagealer Durchführung und unter der Voraussetzung des Vorliegens von mindestens einer gesicherten Diagnose aus einem Kreis definierter Diagnosen zweimal je Sitzung berechnungsfähig ist. Durch diese Anpassung wird der Kostenaufwand abgebildet, der sich aus der Durchführung der Endosonographie ergibt.

Abschnitt 36.6 Belegärztlich konservativer Bereich

Zur Ermöglichung der Berechnung der GOP 36881 bzw. 36883 neben den Grundpauschalen der Schwerpunktinternisten sowie deren Zuschläge im Behandlungsfall wurden die Berechnungsausschlüsse in den Anmerkungen zu den GOP 36881 und 36883 angepasst.

INNERE MEDIZIN HÄMATOLOGIE/ONKOLOGIE

AUF EINEN BLICK

Entwicklung insgesamt für diese Fachgruppe: - 1,7 Prozent

- › Es wurden wenige strukturelle Änderungen vorgenommen, unter anderem gibt es eine neue GOP für die Aderlasstherapie.
- › Der Rückgang des Leistungsbedarfs kommt insbesondere durch die Absenkung der „ambulanten Betreuung“ zustande. Dies ist darin begründet, dass bei der Neukalkulation eine höhere Belegung der Kostenstelle Aufwachraum angenommen wurde.
- › Die Grundpauschalen wurden leicht angehoben.

ENTWICKLUNG DER TOP-LEISTUNGEN

ÜBERSICHT			
GOP	Beschreibung	Bewertung neu ab 1. April in Punkten	Bewertung alt in Punkten
13492	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	330	320
01510	Ambulante Betreuung 2h	443	502
01511	Ambulante Betreuung 4h	872	955
13500	Komplex hämatologische, onkologische, immunologische Erkrankung	191	191
01512	Ambulante Betreuung 6h	1299	1404
13491	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	314	306

STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN

Abschnitt 1.5 Ambulante Betreuung und Nachsorge

GOP 01510 bis 01512: Bislang war die Beobachtung und Betreuung eines Patienten bei der subkutanen Gabe von Trastuzumab nicht nach dem EBM berechnungsfähig. Um diese Behandlung abzubilden, wird der zweite Spiegelstrich des obligaten Leistungsinhalts der GOP 01510 bis 01512 angepasst und eine neue Anmerkung aufgenommen. Für die subkutane Gabe von Trastuzumab ist bei der ersten Injektion die GOP 01512 und bei allen weiteren Injektionen die GOP 01510 bzw. 01511 berechnungsfähig.

GOP 01512: Die Therapie mit monoklonalen Antikörpern erfordert bei bestimmten Medikamenten eine längere Infusions- und Überwachungsdauer, als sie bisher im EBM berechnungsfähig ist. Durch Anpassung der ersten Anmerkung zu den GOP 01510 bis 01512 kann nun in begründeten Ausnahmefällen für eine Behandlung mit monoklonalen Antikörpern auch die GOP 01512 (Dauer mehr als 6 Stunden) berechnet werden.

Abschnitt 13.3.4 Hämato-/Onkologische Gebührenordnungspositionen

GOP 13505 (neu): Derzeit ist die Aderlasstherapie Bestandteil der Versicherten- und Grundpauschalen und nicht gesondert berechnungsfähig (Anhang 1 EBM). Zur Abbildung des zeitlichen Aufwands bei der Durchführung der Aderlasstherapie wird diese für Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt

Hämatologie und Internistische Onkologie und bei Patienten mit den Diagnosen Polycythaemia vera (ICD-10-GM: D45) und/oder Hämochromatose (ICD-10-GM: E83.1) neben den Grundpauschalen nach den GOP 13490 bis 13492 berechnungsfähig und als neue GOP 13505 (165 Punkte) in den Abschnitt 13.3.4 aufgenommen.

Kapitel 33 Ultraschalldiagnostik

GOP 33081: In der Langzeit-Betreuung onkologischer Patienten (z. B. Lymphom, Morbus Hodgkin) stellt die B-Bild-Sonographie von subkutanen Lymphknotenregionen eine häufige Anforderung dar, die bisher auf Grund von Behandlungsausschlüssen nicht adäquat im EBM abgebildet ist. Die GOP 33081 ist zur onkologischen Kontrolle generalisierter Lymphknotenveränderungen und/oder von Erkrankungen des Lymphsystems geeignet, aber ihre Berechnung ist in der Sitzung neben den GOP 33011, 33040 und 33042 ausgeschlossen. Dieser wechselseitige Berechnungsausschluss wird aufgehoben und die GOP 33081 wird künftig ausschließlich zur onkologischen Kontrolle von weiteren Lymphknotenregionen bei Patienten mit mindestens einer der ICD-Diagnosen C81.- bis C96.- neben den GOP 33011, 33040 und 33042 in der Sitzung einmal berechnungsfähig.

Abschnitt 36.6 Belegärztlich konservativer Bereich

Zur Ermöglichung der Berechnung der GOP 36881 bzw. 36883 neben den Grundpauschalen der Schwerpunktinternisten sowie deren Zuschläge im Behandlungsfall wurden die Berechnungsausschlüsse in den Anmerkungen zu den GOP 36881 und 36883 angepasst.

Anhang 1 Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen

Die Umprogrammierung und/oder Wiederauffüllung einer Zytostatikapumpe sowie die Wiederauffüllung und Programmierung von Infusomaten und Perfusoren werden als nicht gesondert berechnungsfähige Leistungen in den Anhang 1 zum EBM aufgenommen.

INNERE MEDIZIN KARDIOLOGIE

AUF EINEN BLICK

Entwicklung insgesamt für diese Fachgruppe: - 3,8 Prozent

- › Die Zusatzpauschale Kardiologie II (GOP 13550) wurde aufgelöst. Stattdessen können ab dem 1. April 2020 die Leistungen der Stressechokardiographie (GOP 33030 und 33031) neben der Zusatzpauschale Kardiologie I (GOP 13545) berechnet werden.
- › Zusätzlich erfolgte eine Höherbewertung der Grundpauschalen und der Zusatzpauschale Kardiologie I.
- › Geringer bewertet wurden hingegen die sonografischen Leistungen.
- › Die Kostenpauschalen des Abschnitts 40.6 (Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Herzkatheteruntersuchungen und koronaren Rekanalisationsbehandlungen), insbesondere die GOP 40300, 40302 und 40304 wurden vom Bewertungsausschuss überprüft und im Ergebnis unverändert beibehalten.

ENTWICKLUNG DER TOP-LEISTUNGEN

ÜBERSICHT			
GOP	Beschreibung	Bewertung neu ab 1. April in Punkten	Bewertung alt in Punkten
13545	Zusatzpauschale Kardiologie I	739	679
13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	223	214
13541	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	215	207
33070	Duplex-Sonographie der extrakraniellen Gefäße	381	410
34291	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	3175	3227
33030	Echokardiographie mit physikalischer Stufenbelastung	721	739
33031	Echokardiographie mit pharmakainduzierter Stufenbelastung	807	835

STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN

Abschnitt 13.3.5 Kardiologische Gebührenordnungspositionen

GOP 13545 und 13550: Derzeit ist die Abrechnung der Zusatzpauschale Kardiologie II (GOP 13550) nur durch Praxen möglich, die über die Möglichkeit der Stressechokardiographie bei physikalischer Stufenbelastung (Vorhalten eines Kippliege-Ergometers) verfügen, andernfalls ist die - sonst inhaltsgleiche - Zusatzpauschale Kardiologie I (GOP 13545) anzusetzen. Zur eindeutigen Abbildung und Abrechnung von durchgeführten Stressechokardiographien wird die GOP 13550 gestrichen und die Leistung ausschließlich über die bereits bestehenden Einzelleistungen in Kapitel 33 (GOP 33030 bzw. GOP 33031) abgebildet.

GOP 13561: In der GOP 13561 (Zusatzpauschale Behandlung eines Herz-Transplantatträgers) wird eine Angleichung des obligaten Leistungsinhalts an die Leistungslegende vorgenommen.

Kapitel 33 Ultraschalldiagnostik

GOP 33046 (neu): Derzeit sind Kontrastmitteleinbringungen nach Nr. 5 der Präambel des Kapitels 33 Ultraschalldiagnostik Bestandteil der GOP. Die Sonographie mit Kontrastmitteln ist deutlich zeitaufwändiger im Vergleich zur klassischen Echokardiographie und Sonographie des Abdomens. Da der Mehraufwand derzeit im EBM nicht adäquat abgebildet ist, erfolgt die Aufnahme einer neuen GOP 33046 (Zuschlag zu den GOP 33020, 33021, 33022, 33030, 33031 und 33042 bei Durchführung der Echokardiographie/Sonographie mit Kontrastmittel) mit einer Bewertung in Höhe von 76 Punkten. In der Anmerkung zur GOP 33046 wird geregelt, dass die GOP 33046 entgegen der Leistungslegende auch dann als Zuschlag zu anderen GOP berechnungsfähig ist, sofern mindestens eine der in der Leistungslegende der GOP 33046 genannten Leistungen nach den GOP 33020 bis 33022, 33030, 33031 und 33042 obligater oder fakultativer Leistungsinhalt dieser GOP ist und deren Durchführung mit Kontrastmitteleinbringung(en) erfolgt.

Abschnitt 36.6 Belegärztlich konservativer Bereich

Zur Ermöglichung der Berechnung der GOP 36881 bzw. 36883 neben den Grundpauschalen der Schwerpunktinternisten sowie deren Zuschläge im Behandlungsfall wurden die Berechnungsausschlüsse in den Anmerkungen zu den GOP 36881 und 36883 angepasst. Zudem wird in der zweiten Anmerkung der GOP 36882 der Berechnungsausschluss zum Abschnitt 13.3.5 aufgehoben.

Abschnitt 40.6 Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Herzkatheteruntersuchungen und koronaren Rekanalisationsbehandlungen

Der Bewertungsausschuss hat die Kostenpauschalen 40300, 40302 und 40304 überprüft und ist im Ergebnis zu einer Fortführung der derzeitigen Bewertung gelangt. Die zweite Bestimmung zum Abschnitt 40.6 wurde aktualisiert (Streichung der Lasertherektomie).

Der Bewertungsausschuss hat zudem zwei Protokollnotizen zu den Kostenpauschalen 40300, 40302 und 40304 beschlossen. Er stellt insoweit klar, dass zum Beispiel arterielle Verschlussysteme und Drug-Eluting Stents (mit Medikamenten beschichtete Stents) in den GOP 40300, 40302 und 40304 enthalten sind. Ebenso stellt er unter Bezugnahme auf die zweite Bestimmung zum Abschnitt 40.6 ergänzend klar, dass bestimmte Produkte nicht in den Kostenpauschalen der Nrn. 40300, 40302 und 40304 enthalten sind (Scaffolds (auflösbare Gefäßstütze), Drug-Coated Balloon (Medikamente freisetzender Ballonkatheter), Gecoverte Stents, Rotablator, Spezial- (Finecross, Guideliner) und CTO-Drähte (Rekanalisationsdrähte bei Gefäßverschlüssen)).

INNERE MEDIZIN NEPHROLOGIE

AUF EINEN BLICK

Entwicklung insgesamt für diese Fachgruppe: - 0,3 Prozent

- › Es wurden wenige strukturelle Änderungen vorgenommen.
- › Der Rückgang des Leistungsbedarfs ist durch eher technische Leistungen und die geringere Bewertung der Grundpauschalen zu erklären.

ENTWICKLUNG DER TOP-LEISTUNGEN

ÜBERSICHT			
GOP*	Beschreibung	Bewertung neu ab 1. April in Punkten	Bewertung alt in Punkten
13610	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Hämodialyse, Peritonealdialyse und Sonderverfahren	149	149
13592	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	236	255
13591	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	228	246
13600	Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten	211	209
13602	Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten	302	302

* ohne Kostenpauschalen Kapitel 40.14

STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN

Abschnitt 13.3.6 Gebührenordnungspositionen der Nephrologie und Dialyse

GOP 13601: Die Leistungslegende und der obligate Leistungsinhalt der GOP 13601 (Zusatzpauschale Behandlung eines Nieren-Transplantatträgers) werden um die Behandlung von Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgern ergänzt. Gleichzeitig wird in Abschnitt 13.3.3 die GOP 13439 (Zusatzpauschale Behandlung eines Bauchspeicheldrüsen- oder Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers) auf die Behandlung von Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgern beschränkt. Durch die neuverortete Abbildung der Behandlung von Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgern wird der Tatsache Rechnung getragen, dass diese ausschließlich durch entsprechend qualifizierte Fachärzte für Nephrologie erfolgt, sich in Abschnitt 13.3.6 jedoch bislang keine Abrechnungsmöglichkeit für diese Leistung befindet.

Abschnitt 36.6 Belegärztlich konservativer Bereich

Zur Ermöglichung der Berechnung der GOP 36881 bzw. 36883 neben den Grundpauschalen der Schwerpunktinternisten sowie deren Zuschläge im Behandlungsfall wurden die Berechnungsausschlüsse in den Anmerkungen zu den GOP 36881 und 36883 angepasst.

INNERE MEDIZIN PNEUMOLOGIE

AUF EINEN BLICK

Entwicklung insgesamt für diese Fachgruppe: - 5,2 Prozent

- › Es wurden wenige strukturelle Änderungen vorgenommen.
- › Es erfolgen Änderungen bei der Allergologiediagnostik: Die allergologische Anamnese wurde ausgliedert und Sachkostenpauschalen im Zusammenhang mit den allergologischen Leistungen eingeführt.
- › Die Zusatzpauschale Pneumologisch-Diagnostischer Komplex als technische Leistung wurde stark abgesenkt.

ENTWICKLUNG DER TOP-LEISTUNGEN

ÜBERSICHT			
GOP	Beschreibung	Bewertung neu ab 1. April in Punkten	Bewertung alt in Punkten
13650	Zusatzpauschale Pneumologisch-Diagnostischer Komplex	291	377
13642	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	211	210
13641	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	208	202
30901	Kardiorespiratorische Polysomnographie	3694	3165
30900	Kardiorespiratorische Polygraphie	640	589
13651	Zuschlag unspezifischer Provokationstest	367	375

STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN

Abschnitt 13.3.7 Pneumologische Gebührenordnungspositionen

GOP 13562 (neu): Die GOP 13652 wird neu in den Abschnitt 13.3.7 aufgenommen und ist ein Zuschlag zur GOP 13650 zur Abbildung der im Rahmen der Erstverordnung der Sauerstofflangzeittherapie zusätzlich durchzuführenden Sauerstoffpartialdruckmessungen (Bewertung 262 Punkte). Die Berechnungsfähigkeit der GOP 13652 ist auf das Vorliegen mindestens einer der in der GOP 13652 benannten Diagnosen nach ICD-10-GM beschränkt.

GOP 13661: Bei den Einzelleistungen nach den GOP 04536, 13256 und 36884 sowie den Teilleistungen in der GOP 13250, die dieselbe Leistung (Bestimmung des Säurebasehaushaltes und Blutgasanalyse) beschreiben, erfolgt eine Angleichung des obligaten Leistungsinhaltes. Bei den GOP 13256 und 36884 wird darüber hinaus die Leistungslegende angeglichen. Zudem werden redaktionelle Änderungen bei den GOP 04530 und 13661 vorgenommen.

GOP 13675: 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 30.1 Allergologie / Abschnitt 40.7 Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Allergietestungen

Bisher war es nicht möglich, eine allergologische Anamnese abzurechnen ohne eine anschließende Allergietestung durchzuführen, da sie obligater Leistungsinhalt der GOP 30110 und 30111 (Allergologiediagnostik I und II) ist. Zur Abgrenzung einer allergologischen Anamnese von Allergietestverfahren wird der Abschnitt 30.1 umstrukturiert und der Abschnitt 30.1.1 in „Allergologische Anamnese“ und der Abschnitt 30.1.2 in „Allergie-Testungen“ umbenannt. Im bestehenden Abschnitt 30.1.3 (Hyposensibilisierungsbehandlung) erfolgen keine Änderungen.

GOP 30100 (neu): In Abschnitt 30.1.1 wird eine neue GOP 30100 aufgenommen. Sie kann unabhängig von Allergie-Testverfahren für die allergologische Anamnese und/oder zur Beratung und Befundbesprechung nach Vorliegen der Ergebnisse der Allergietestung je vollendete 5 Minuten (65 Punkte) und bis zu viermal im Krankheitsfall abgerechnet werden. Die GOP 30100 kann auch bis zu viermal in einer Sitzung berechnet werden, sofern die Begrenzung im Krankheitsfall noch nicht ausgeschöpft ist.

GOP 30110 und 30111: Die bislang unter Abschnitt 30.1.1 verorteten GOP 30110 und 30111 zur allergologischen Diagnostik und/oder zum Ausschluss einer Allergie werden in den Abschnitt 30.1.2 überführt. Im obligaten Leistungsinhalt der GOP 30110 und 30111 wird der erste Spiegelstrich (spezifische allergologische Anamnese) gestrichen.

Die Bewertung der GOP 30110 wird auf 258 Punkte und der GOP 30111 auf 220 Punkte festgelegt.

Kostenpauschale 40350 und 40351 (neu): Zur Durchführung der Testreihen werden die Kostenpauschalen 40350 und 40351 in einen neuen Abschnitt 40.7 (Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Allergietestungen) aufgenommen. Die bisherige Textpassage zur Abgeltung der Kosten in den GOP 30110 und 30111 („einschl. Kosten“) wird gestrichen.

Die Kostenpauschale 40350 (16,14 Euro) ist im Zusammenhang mit der Durchführung der GOP 30110 abrechenbar. Die Kostenpauschale 40351 (5,50 Euro) ist im Zusammenhang mit der Durchführung der GOP 13250, 13258 und 30111 oder, sofern im Rahmen der Versichertenpauschale 03000 oder 04000 eine allergologische Basisdiagnostik mittels Pricktest erfolgt, abrechenbar. Daher wurde die bisherige Textpassage zur Abgeltung der Kosten („einschl. Kosten“) auch bei den GOP 13250 und 13258 sowie im Anhang 1 bei den GOP 03340 und 04340 gestrichen.

Abschnitt 30.9 Schlafstörungsdiagnostik

GOP 30901: Zur Klarstellung, dass die GOP 30901 (Kardiorespiratorische Polysomnographie gemäß Stufe 4 der Richtlinien des G-BA) nur einmal je Nacht berechnungsfähig ist, wurde die Abrechnungsbestimmung „je Sitzung“ zur GOP 30901 aufgenommen.

Abschnitt 36.6 Belegärztlich konservativer Bereich

Zur Ermöglichung der Berechnung der GOP 36881 bzw. 36883 neben den Grundpauschalen der Schwerpunktinternisten sowie deren Zuschläge im Behandlungsfall wurden die Berechnungsausschlüsse in den Anmerkungen zu den GOP 36881 und 36883 angepasst.

INNERE MEDIZIN RHEUMATOLOGEN

AUF EINEN BLICK

Entwicklung insgesamt für diese Fachgruppe: + 1,3 Prozent

- › Es wurden keine strukturellen Änderungen vorgenommen.
- › Es ist die einzige Fachgruppe der Inneren Medizin, die einen Anstieg des Leistungsbedarfs verzeichnen kann, da die Zusatzpauschale Rheumatologie um 21 Prozent angehoben wird.

ENTWICKLUNG DER TOP-LEISTUNGEN

ÜBERSICHT			
GOP	Beschreibung	Bewertung neu ab 1. April in Punkten	Bewertung alt in Punkten
13700	Zusatzpauschale internistische Rheumatologie	232	191
13692	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	244	258
13691	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	246	263
13701	Zusatzpauschale Rheumatologische Funktionsdiagnostik	154	161
01510	Ambulante Betreuung 2h	443	502
33050	Gelenk-Sonographie, Sonographie von Sehnen, Muskeln, Bursae	68	80

STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN

Abschnitt 36.6 Belegärztlich konservativer Bereich

Zur Ermöglichung der Berechnung der GOP 36881 bzw. 36883 neben den Grundpauschalen der Schwerpunktinternisten sowie deren Zuschläge im Behandlungsfall wurden die Berechnungsausschlüsse in den Anmerkungen zu den GOP 36881 und 36883 angepasst.

KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE UND -PSYCHOTHERAPIE

AUF EINEN BLICK

Entwicklung insgesamt für diese Fachgruppe: + 6,2 Prozent

- › Es wurden zahlreiche strukturelle Verbesserungen im Kapitel 14 des EBM umgesetzt.
- › Die sprechende Medizin wird durch die Anhebung der Gesprächsleistungen gefördert.
- › Demgegenüber steht eine geringere Bewertung der Grundpauschalen.

ENTWICKLUNG DER TOP-LEISTUNGEN

ÜBERSICHT			
GOP	Beschreibung	Bewertung neu ab 1. April in Punkten	Bewertung alt in Punkten
14220	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	154	136
14211	Grundpauschale ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 21. Lebensjahr	185	255
14310	Funktionelle Entwicklungstherapie (Einzelbehandlung)	114	87
14222	Anleitung Bezugs- oder Kontaktperson	119	90
35151	Psychotherapeutische Sprechstunde	462	462
14240	Psychiatrische Betreuung	194	198
35601	Testverfahren, psychometrische	39	28

STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN

Kapitel 14 Gebührenordnungspositionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Bisher gibt es teilweise Unklarheiten darüber, bis zu welchem Versichertenalter Kinder- und Jugendpsychiater die GOP des Kapitels 14 abrechnen können. Die Psychotherapie-Richtlinie des G-BA (§ 1 Absatz 4) und das Psychotherapeutengesetz (PsychThG § 1 Absatz 2) definieren Jugendliche als Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Zur Klarstellung erfolgt die Aufnahme einer Bestimmung in die Präambel des Kapitels 14, dass alle GOP dieses Kapitels für die Behandlung von Versicherten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr berechnungsfähig sind, nicht nur die Grundpauschalen. Die erste Anmerkung zu den GOP 14210 bis 14211 (Grundpauschalen) wird gestrichen.

GOP 14220: Der erste Spiegelstrich des obligaten Leistungsinhaltes der GOP 14220 (Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)) wird angepasst, sodass die GOP u. a. auch bei einem persönlichen ärztlichen Gespräch mit der Bezugsperson berechnet werden kann. Zusätzlich werden die sitzungsbezogenen Abrechnungsausschlüsse zu den GOP 14310 und 14311 gestrichen.

GOP 14222: Die Grundpauschalen nach den GOP 14210 und 14211 und die Anleitung der Bezugs- oder Kontaktperson(en) nach der GOP 14222 können derzeit nicht am selben Tag abgerechnet werden. Die Abrechnung dieser GOP am selben Tag wird ermöglicht, damit Bezugs- und Kontaktpersonen nicht an einem anderen Tag erneut die Vertragsarztpraxis aufsuchen müssen. Dazu werden die Abrechnungsausschlüsse zwischen den GOP 14210/14211 und der GOP 14222 am Behandlungstag

gestrichen. Bei der Nebeneinanderabrechnung der GOP 14210, 14211 und 14222 ist jeweils eine Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der GOP 14222.

GOP 14310 und 14311: Die Abrechnungsausschlüsse in derselben Sitzung zwischen der GOP 14310 (Funktionelle Entwicklungstherapie; Einzelbehandlung) und der GOP 14311 (Funktionelle Entwicklungstherapie; Gruppenbehandlung) werden aufgehoben. Bei der Nebeneinanderabrechnung der GOP 14310 und 14311 ist eine Kontaktzeit von mindestens 30 Minuten Voraussetzung für die Berechnung.

Abschnitt 30.11 Neuropsychologische Therapie gemäß der Nr. 19 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses

GOP 30930: In der GOP 30930 (Krankheitsspezifische neuropsychologische Diagnostik mittels Testverfahren) werden die Punktzahlobergrenzen analog Abschnitt 35.3 angehoben und die Altersklassen angepasst (alt: bis zum vollendeten 18. Lebensjahr 990 Punkte und ab Beginn des 19. Lebensjahres 651 Punkte, neu: bis zum vollendeten 21. Lebensjahr 1.636 Punkte und ab Beginn des 22. Lebensjahres 1.092 Punkte).

Die GOP 30930 enthielt zudem bislang keine Anmerkung zur grundsätzlichen Delegierbarkeit der Leistung. Daher erfolgt eine entsprechende Anpassung der GOP 30930 durch Aufnahme einer Anmerkung analog zu den Leistungen in Abschnitt 35.3, die eine grundsätzliche Delegierbarkeit der Leistung, mit Ausnahme der Indikationsstellung, der Bewertung bzw. der Interpretation und schriftlichen Aufzeichnung, ermöglicht.

GOP 30931: Da die Durchführung der probatorischen Sitzung gemäß der GOP 30931 als Doppelsitzung fachlich sinnvoll sein kann, wird diese Möglichkeit im fakultativen Leistungsinhalt vorgesehen sowie die Abrechnungsbestimmung „je vollendete 50 Minuten“ aufgenommen.

GOP 30930 und 30931: Die GOP 30930 und 30931 sind bisher, anders als die inhaltlich vergleichbaren GOP 35150 und 35600 bis 35602, nicht den Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung zugeordnet. Daher erfolgt eine entsprechende Anpassung in Anhang 3 zum EBM mit Kennzeichnung der GOP 30930 und 30931 als Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung.

Kapitel 35 Leistungen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)

GOP 35140 bis 35142: Die biographische Anamnese (GOP 35140), vertiefte Exploration (GOP 35141) sowie der Zuschlag für die Erhebung ergänzender neurologischer und psychiatrischer Befunde (GOP 35142) waren bislang nicht neben der probatorischen Sitzung (GOP 35150) berechnungsfähig. Die Durchführung der Leistungen in unmittelbarer zeitlicher Abfolge kann jedoch indiziert sein. Daher werden die entsprechenden sitzungsbezogenen Abrechnungsausschlüsse aufgehoben und die Arzt-Patienten-Kontaktzeit im Falle einer Nebeneinanderberechnung erhöht.

Abschnitt 35.2.2: Bei den tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien als Gruppentherapien gemäß den GOP 35503 bis 35509 (Kurzzeittherapie) und 35513 bis 35519 (Langzeittherapie) beträgt die Mindestdauer einer Sitzung 100 Minuten. Anders als bei der verhaltenstherapeutischen Gruppe durfte die Sitzungsdauer bislang nicht halbiert werden. Bei bestimmten Patientengruppen kann eine kürzere Sitzungsdauer indiziert sein. Daher wird eine erste Anmerkung in die Abrechnungsbestimmungen der genannten GOP, die eine Halbierung der Sitzungsdauer ermöglicht, analog zur verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie aufgenommen.

Abschnitt 35.3: In der ersten Bestimmung zum Abschnitt 35.3 EBM wird geregelt, bis zu welcher Gesamtpunktzahl psychodiagnostische Testverfahren je Behandlungsfall berechnungsfähig sind. Die Altersgrenze, bis zu der das höhere Punktzahlvolumen abgerechnet werden darf, wird auf das vollendete 21. Lebensjahr angehoben.

MUND-KIEFER-GESICHTSCHIRURGIE

AUF EINEN BLICK

Entwicklung insgesamt für diese Fachgruppe: 0,0 Prozent

- › Es gibt nur wenige strukturelle Änderungen des EBM im Kapitel 15.
- › Die Eingriffe des Kapitels 31 bleiben vorerst unverändert. Eine Überarbeitung des ambulanten Operierens ist nachgelagert geplant.

ENTWICKLUNG DER TOP-LEISTUNGEN

ÜBERSICHT			
GOP	Beschreibung	Bewertung neu ab 1. April in Punkten	Bewertung alt in Punkten
31223	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M3	2099	2099
31222	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M2	1439	1439
31504	Postoperative Überwachung 4	694	743
31103	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	2053	2053
31102	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	1438	1438
31104	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A4	2767	2767
31503	Postoperative Überwachung 3	488	513
31221	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M1	884	884
31233	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N3	2318	2318
15211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	129	110
15212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	121	103

STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN

Kapitel 15 Gebührenordnungspositionen der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

GOP 15345: Mit der Aufnahme des ICD-Kodes C85.1 (B-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet) in die erste Anmerkung zur GOP 15345 (Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge) wird die Berechnungsfähigkeit für diese Indikation ermöglicht.

GOP 15345: 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 31.6.1 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.

NEUROLOGIE

AUF EINEN BLICK

Entwicklung insgesamt für diese Fachgruppe: + 4,1 Prozent

- › Es wurden zwei neue Gebührenordnungspositionen in das Kapitel 16 eingeführt.
- › Die Förderung der sprechenden Medizin erfolgt durch die Anhebung der Gesprächsleistungen.
- › Demgegenüber steht eine geringere Bewertung der Grundpauschalen.

ENTWICKLUNG DER TOP-LEISTUNGEN

ÜBERSICHT			
GOP	Beschreibung	Bewertung neu ab 1. April in Punkten	Bewertung alt in Punkten
16212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	184	230
16211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	183	228
16233	Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in der häuslichen Umgebung	340	299
16220	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	154	90
16230	Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in der häuslichen Umgebung	377	375
16215	Zuschlag für die neurologische Grundversorgung	39	39
16322	Zusatzpauschale Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung	209	184

STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN

Abschnitt 1.5 Ambulante Betreuung und Nachsorge

GOP 01510 bis 01512: Zur Abbildung der intravenösen Infusionstherapie mit Immunglobulinen (IVIg) zur Behandlung von Patienten mit Autoimmunerkrankungen (multifokale motorische Neuropathie und chronisch inflammatorische Polyneuropathie) werden ein sechster Spiegelstrich in den obligaten Leistungsinhalt der GOP 01510 bis 01512 sowie eine neue Anmerkung aufgenommen.

Kapitel 16 Neurologische und neurochirurgische Gebührenordnungspositionen

Fachärzte mit der doppelten Fachgebietsbezeichnung Facharzt für Neurologie und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie können bisher nicht die nervenärztlichen Grundpauschalen (GOP 21213 bis 21215) abrechnen. Daher erfolgt eine entsprechende Anpassung der Nr. 2 der Präambel 16.1, die es diesen Ärzten ermöglicht, die nervenärztlichen Grundpauschalen abzurechnen.

GOP 16223 (neu): Für die Durchführung einer psychiatrischen Kontrolluntersuchung erfolgt die Aufnahme einer entsprechenden Leistung nach der GOP 16223 in den Abschnitt 16.3 mit einer Bewertung in Höhe von

107 Punkten. Die Einführung der GOP 16223 ist auf zwei Jahre befristet. Danach erfolgt die Überführung in die Grundpauschalen des Kapitels 16 EBM.

GOP 16225 (neu): Zur Anpassung des EBM an den Stand von Wissenschaft und Technik erfolgt für die Überprüfung einer Duodenal-DOPA-Pumpe bei Parkinsonpatienten die Aufnahme einer entsprechenden Leistung nach der GOP 16225 (199 Punkte) in den Abschnitt 16.3.

Abschnitt 30.7.2 Andere schmerztherapeutische Behandlungen

GOP 30740: Die Leistungslegende der GOP 30740 wird ergänzt, um klarzustellen, dass auch die Überprüfung von implantierten Stimulationsgeräten zur Rückenmarksstimulation (spinal cord stimulation, sog. SCS-Systeme), zur Spinalganglienstimulation (dorsal root ganglion stimulation, sog. DRG-Systeme), zur peripheren Nervenstimulation (sog. PNS-Systeme) sowie von Occipitalis-Nervenstimulationssystemen (ONS-Systeme) im Rahmen der Langzeitanalgesie über die GOP 30740 berechnungsfähig ist. Darüber hinaus wird in der ersten Anmerkung ergänzend eingefügt, dass die GOP 30740 nur bei implantierten Stimulationsgeräten mit Neurostimulator berechnungsfähig ist.

Kapitel 33 Ultraschalldiagnostik

GOP 33100 (neu): Zur Anpassung des EBM an den Stand von Wissenschaft und Technik erfolgt die Aufnahme einer Leistung nach der GOP 33100 in das Kapitel 33 für die Muskel- und/oder Nervensonographie zur weiteren Klärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung, inkl. Nervenkompressionssyndrom mittels B-Mode-Verfahren. Die GOP 33100 kann ausschließlich von Fachärzten für Neurologie, Fachärzten für Nervenheilkunde, Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie, Fachärzten für Neurochirurgie und Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie berechnet werden. Die Leistung nach der GOP 33100 ist mit 72 Punkten bewertet.

NUKLEARMEDIZIN

AUF EINEN BLICK

Entwicklung insgesamt für diese Fachgruppe: - 7,6 Prozent

- › Im Kapitel 17 des EBM wurden nur wenige strukturelle Änderungen umgesetzt.
- › Im Zusammenhang mit der Überprüfung der Kostenpauschalen des Abschnitts 40.10 (Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Radionuklide) EBM hat der Bewertungsausschuss insbesondere die Bewertungen der Kostenpauschalen 40500 bis 40530 und 40554 angepasst. Daneben wurde unter anderem eine neue Kostenpauschale 40551 (Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Teil- (GOP 17310) oder Ganzkörperszintigraphie (GOP 17311) mittels Verwendung von Tc-99m-Tektrotyd) eingeführt und weitere redaktionelle Anpassungen vorgenommen (z. B. Streichung von GOP die in der ambulanten Versorgung keine Relevanz haben).
- › Die Anpassung der kalkulationsrelevanten Kosten führt zu deutlichen Absenkungen der Bewertungen, obwohl die Zeiten in diesem Gebiet nur marginal angepasst wurden.

ENTWICKLUNG DER TOP-LEISTUNGEN

ÜBERSICHT			
GOP*	Beschreibung	Bewertung neu ab 1. April in Punkten	Bewertung alt in Punkten
17363	Zuschlag SPECT, Zwei- oder Mehrkopf	961	1045
34411	MRT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule	1053	1213
34450	MRT- Untersuchung der Extremitäten außer der Hand, des Fußes	1053	1213
17210	Konsiliarpauschale	88	88
17320	Schilddrüsen-Szintigraphie	351	405
17311	Ganzkörperszintigraphie	566	658

* ohne Kostenpauschalen Kapitel 40.10

STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN

Kapitel 17 Nuklearmedizinische Gebührenordnungspositionen

GOP 17214: Die Indikationsstellung beim Einsatz von Radioaktivität bei Kindern sowie die dazu notwendige Aufklärung der Eltern erfordern einen erhöhten ärztlichen Beratungsaufwand. Neben einer Bewertungsanpassung auf 166 Punkte wird bei der GOP 17214 (Zuschlag zur Konsiliarpauschale 17210 bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern) der obligate Leistungsinhalt „Beratung der Eltern“ sowie die Abrechnungsbestimmung „einmal im Behandlungsfall“ aufgenommen.

GOP 17311 und 17312: Bei der Durchführung von Ganzkörperszintigraphien nach der GOP 17311 sind häufig Teilkörperszintigraphien erforderlich. Daher wird der fakultative Leistungsinhalt „Teilkörperszintigraphische Untersuchung“ in die GOP 17311 aufgenommen. Die GOP 17312 wird zur Anpassung an den Stand von Wissenschaft und Technik gestrichen und die entsprechende Leistung in den Anhang 1 EBM aufgenommen.

Abschnitt 40.10 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Radionuklide

Die Bewertungen der Kostenpauschalen 40500 bis 40530 und 40554 wurden angepasst.

GOP 40536: Die Kostenpauschale 40536 wurde um die Ganzkörperszintigraphie (GOP 17311) bei Verwendung von J-123-MIBG erweitert.

GOP 40538: Die Kostenpauschale 40538 im Zusammenhang mit der Durchführung der Teilkörperszintigraphie (GOP 17310) wird um die „Demenz mit Lewy-Körperchen-Typ (DLB)“ ergänzt.

GOP 40542, 40544, 40564, 40566, 40570, 40574 und 40578: Im Zusammenhang mit der Überprüfung der Kostenpauschalen des Abschnitts 40.10 EBM werden die GOP 40542, 40544, 40564, 40566, 40570, 40574 und 40578 gestrichen. Dies erfolgt vor dem Hintergrund, dass bestimmte Nuklide in der ambulanten Versorgung keine Rolle mehr spielen oder die Radiotherapie nach der GOP 17370 aus Gründen des Strahlenschutzes nur bei kurativ-stationärer (belegärztlicher) Behandlung durchgeführt wird.

GOP 40551 (neu): Zur Abbildung der Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Teil- (GOP 17310) oder Ganzkörperszintigraphie (GOP 17311) mittels Verwendung von Tc-99m-Tektrotyd wird eine neue Kostenpauschale 40551 (860,41 Euro) aufgenommen. Die Nebeneinanderberechnung der GOP 40550 und 40551 im Behandlungsfall wird durch die Aufnahme einer entsprechenden Anmerkung in den jeweiligen GOP ausgeschlossen.

Zusätzlich wurden einige redaktionelle Änderungen im Abschnitt 40.10 vorgenommen (z. B. Anpassung von Begrifflichkeiten). In der dritten Bestimmung zum Abschnitt 40.10 EBM wird klargestellt, dass auch die Kosten des Umgangs mitberücksichtigt sind.

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.

PHONIATRIE UND PÄDAUDIOLOGIE

AUF EINEN BLICK

Entwicklung insgesamt für diese Fachgruppe: + 0,3 Prozent

- › Es gibt nur wenige strukturelle Änderungen in diesem Fachgebiet.
- › Technische Leistungen, die keiner Zeitbindung unterliegen, wurden geringer bewertet.

ENTWICKLUNG DER TOP-LEISTUNGEN

ÜBERSICHT			
GOP	Beschreibung	Bewertung neu ab 1. April in Punkten	Bewertung alt in Punkten
20211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	202	209
20210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	299	306
20320	Tonschwellenaudiometrie	146	147
20331	Zusatzpauschale Untersuchung des Sprechens und der Sprache	302	292
20370	Zusatzpauschale Abklärung Störung der zentral-auditiven Wahrnehmung	162	133
20212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	203	210
20335	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 20320 bei Durchführung einer Kinderaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage	139	140

STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN

Kapitel 20: Gebührenordnungspositionen der Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen

GOP 20334: In der GOP 20334 wird der Wechsel einer Trachealkanüle mit „und/oder“-Verknüpfung in der Leistungslegende sowie im obligaten Leistungsinhalt ergänzt.

GOP 20325: Die inhaltsgleichen GOP 09325 und 20325 werden in ihrem Wortlaut vereinheitlicht. Dazu werden der obligate Leistungsinhalt und die Leistungslegende der GOP 20325 angepasst.

PSYCHIATRIE

AUF EINEN BLICK

Entwicklung insgesamt für diese Fachgruppe: + 6,4 Prozent

- › Es wurde eine neue Gebührenordnungsposition zur neurologischen Kontrolluntersuchung in den EBM aufgenommen.
- › Die Förderung der sprechenden Medizin erfolgt durch die Anhebung der Gesprächsleistungen.
- › Demgegenüber steht eine geringere Bewertung der Grundpauschalen.

ENTWICKLUNG DER TOP-LEISTUNGEN

ÜBERSICHT			
GOP	Beschreibung	Bewertung neu ab 1. April in Punkten	Bewertung alt in Punkten
21220	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	154	136
21211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	192	196
21212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	191	200
21233	Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten in der häuslichen Umgebung	340	299
21230	Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung	377	375
35151	Psychotherapeutische Sprechstunde	462	462
21218	Zuschlag für die psychiatrische Grundversorgung	44	44
21216	Zuschlag Fremdanamnese	206	150

STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN

Kapitel 21 Psychiatrische und Psychotherapeutische Gebührenordnungspositionen (Psychiater)

Ärzte mit doppelter Fachgebietsbezeichnung (Facharzt für Neurologie und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) können bisher nicht die nervenärztlichen Grundpauschalen (GOP 21213 bis 21215) abrechnen. Daher erfolgt eine entsprechende Anpassung der Nr. 2 der Präambel 21.1, die es diesen Ärzten ermöglicht, die nervenärztlichen Grundpauschalen abzurechnen.

GOP 21235 (neu): Die neurologische Kontrolluntersuchung stellt eine Leistung dar, die im Rahmen der psychiatrischen Versorgung mittlerweile etabliert ist, im Kapitel 21 bislang aber noch nicht abgebildet war. Daher wird eine GOP 21235 (Neurologische Kontrolluntersuchung) mit einer Bewertung in Höhe von 107 Punkten in den Abschnitt 21.3 aufgenommen. Die Einführung der GOP 21235 ist auf zwei Jahre befristet. Danach erfolgt die Überführung in die Grundpauschalen des Kapitels 21.

Abschnitt 30.7.2 Andere schmerztherapeutische Behandlungen

GOP 30740: Die Leistungslegende der GOP 30740 wird ergänzt, um klarzustellen, dass auch die Überprüfung von implantierten Stimulationsgeräten zur Rückenmarksstimulation (spinal cord stimulation, sog. SCS-Systeme), zur Spinalganglienstimulation (dorsal root ganglion stimulation, sog. DRG-Systeme), zur peripheren Nervenstimulation (sog. PNS-Systeme) sowie von Occipitalis-Nervenstimulationssystemen (ONS-Systeme) im Rahmen der Langzeitanalgesie über die GOP 30740 berechnungsfähig ist. Darüber hinaus wird in der ersten Anmerkung ergänzend eingefügt, dass die GOP 30740 nur bei implantierten Stimulationsgeräten mit Neurostimulator berechnungsfähig ist.

NERVENHEILKUNDE

AUF EINEN BLICK

Entwicklung insgesamt für diese Fachgruppe: + 6,2 Prozent

- › Es wurde eine neue Gebührenordnungsposition zur neurologischen Kontrolluntersuchung in den EBM aufgenommen.
- › Die Förderung der sprechenden Medizin erfolgt durch die Anhebung der Gesprächsleistungen.
- › Demgegenüber steht eine geringere Bewertung der Grundpauschalen.

ENTWICKLUNG DER TOP-LEISTUNGEN

ÜBERSICHT			
GOP	Beschreibung	Bewertung neu ab 1. April in Punkten	Bewertung alt in Punkten
21215	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	261	269
21214	Grundpauschale 6.-59. Lebensjahr	253	265
21220	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	154	136
16233	Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in der häuslichen Umgebung	340	299
21225	Zuschlag für die nervenheilkundliche Grundversorgung	39	39
21233	Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten in der häuslichen Umgebung	340	299
21230	Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung	377	375
16220	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	154	90

STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN

Kapitel 16 Neurologische und neurochirurgische Gebührenordnungspositionen / Kapitel 21 Psychiatrische und Psychotherapeutische Gebührenordnungspositionen Psychiater

Fachärzte mit der doppelten Fachgebietsbezeichnung Facharzt für Neurologie und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie können bisher nicht die nervenärztlichen Grundpauschalen (GOP 21213 bis 21215) abrechnen. Daher erfolgt eine entsprechende Anpassung der Nr. 2 der Präambel 16.1 und der Nr. 2 der Präambel 21.1, die es diesen Ärzten ermöglicht, die nervenärztlichen Grundpauschalen abzurechnen.

Kapitel 21 Psychiatrische und Psychotherapeutische Gebührenordnungspositionen Psychiater

GOP 21235 (neu): Die neurologische Kontrolluntersuchung stellt eine Leistung dar, die im Rahmen der psychiatrischen Versorgung mittlerweile etabliert ist, im Kapitel 21 bislang aber noch nicht abgebildet war.

Daher wird eine GOP 21235 (Neurologische Kontrolluntersuchung) mit einer Bewertung in Höhe von 107 Punkten in den Abschnitt 21.3 aufgenommen. Die Einführung der GOP 21235 ist auf zwei Jahre befristet. Danach erfolgt die Überführung in die Grundpauschalen des Kapitels 21.

Abschnitt 30.7.2 Andere schmerztherapeutische Behandlungen

GOP 30740: Die Leistungslegende der GOP 30740 wird ergänzt, um klarzustellen, dass auch die Überprüfung von implantierten Stimulationsgeräten zur Rückenmarksstimulation (spinal cord stimulation, sog. SCS-Systeme), zur Spinalganglienstimulation (dorsal root ganglion stimulation, sog. DRG-Systeme), zur peripheren Nervenstimulation (sog. PNS-Systeme) sowie von Occipitalis-Nervenstimulationssystemen (ONS-Systeme) im Rahmen der Langzeitanalgesie über die GOP 30740 berechnungsfähig ist. Darüber hinaus wird in der ersten Anmerkung ergänzend eingefügt, dass die GOP 30740 nur bei implantierten Stimulationsgeräten mit Neurostimulator berechnungsfähig ist.

Kapitel 33 Ultraschalldiagnostik

GOP 33100 (neu): Zur Anpassung des EBM an den Stand von Wissenschaft und Technik erfolgt die Aufnahme einer Leistung nach der GOP 33100 in das Kapitel 33 für die Muskel- und/oder Nervenonographie zur weiteren Klärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung, inkl. Nervenkompressionsyndrom mittels B-Mode-Verfahren. Die GOP 33100 kann ausschließlich von Fachärzten für Neurologie, Fachärzten für Nervenheilkunde, Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie, Fachärzten für Neurochirurgie und Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie berechnet werden. Die Leistung nach der GOP 33100 ist mit 72 Punkten bewertet.

PSYCHOSOMATIK

AUF EINEN BLICK

Entwicklung insgesamt für diese Fachgruppe: + 4,0 Prozent

- › Es wurde eine neue Gebührenordnungsposition zur Fremdanamnese in den EBM aufgenommen.
- › Die Förderung der sprechenden Medizin erfolgt durch die Anhebung der Gesprächsleistungen.
- › Demgegenüber steht eine geringere Bewertung der Grundpauschalen.

ENTWICKLUNG DER TOP-LEISTUNGEN

ÜBERSICHT			
GOP*	Beschreibung	Bewertung neu ab 1. April in Punkten	Bewertung alt in Punkten
35151	Psychotherapeutische Sprechstunde	462	462
35152	Psychotherapeutische Akutbehandlung	462	462
22220	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	154	108
35150	Probatorische Sitzung	709	621
22211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	175	179
35140	Biographische Anamnese	707	493
22216	Zuschlag für die psychotherapeutisch-medizinische Grundversorgung	170	170
22221	Psychosomatik (Einzelbehandlung)	154	90
22212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	151	156

* ohne Leistungen aus Kapitel 35.2 (Antragspflichtige Leistungen gemäß den Psychotherapie-Richtlinien)

STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN

Abschnitt 1.4 Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen

GOP 01420: Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie konnten bislang die GOP 01420 (Prüfung der Notwendigkeit und Koordination der häuslichen Krankenpflege) nicht berechnen, obwohl sie Patienten mit Bedarf an häuslicher Krankenpflege behandeln. Daher wird die GOP 01420 in die Nr. 2 der Präambel 22.1. aufgenommen.

Kapitel 22 Gebührenordnungspositionen der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie (Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)

GOP 22210 bis 22212: Damit die Grundpauschalen des Kapitels 22 wie in den anderen Kapiteln entsprechend der Gebietsbezeichnung des abrechnungsberechtigten Facharztes benannt sind, wird die Legende der GOP 22210, 22211 und 22212 um den Terminus „Psychosomatische“ ergänzt.

GOP 22212 (neu): Bislang existierte in Kapitel 22 keine GOP für die Fremdanamnese, obwohl diese Leistung im Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie in einigen Fällen erforderlich ist. Es wird daher eine neue GOP 22213 für die Fremdanamnese und/oder Anleitung bzw. Betreuung von Bezugspersonen schwer psychisch erkrankter Patienten mit dadurch gestörter Kommunikationsfähigkeit in Kapitel 22 aufgenommen und mit 206 Punkten bewertet.

Abschnitt 30.7.3 Körperakupunktur

Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie konnten bislang die Leistungen der Körperakupunktur gemäß Abschnitt 30.7.3 nicht berechnen. Die Indikationen „chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule“ und/oder „chronische Schmerzen eines oder beider Kniegelenke durch Gonarthrose“ fallen in das Behandlungsspektrum der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, wobei Körperakupunktur erst nach Genehmigung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung und nur bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen berechnungsfähig ist. Mit der Änderung der Nr. 3 der Präambel 22.1 wird die Berechnungsfähigkeit der GOP des Abschnitts 30.7.3 (GOP 30790 und 30791) ermöglicht. Entsprechend werden Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in die Liste der abrechnungsberechtigten Fachärzte (siebte Bestimmung zum Abschnitt 30.7) aufgenommen.

Kapitel 35 Leistungen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)

GOP 35111 bis 35113 und 35120: Die sitzungsbezogenen Abrechnungsausschlüsse der GOP 35111 bis 35113 (Übende Interventionen) und 35120 (Hypnose) zu den GOP 22220 und 23220 (Gespräch) und zu der GOP 35152 (Akutbehandlung) werden unter der Berücksichtigung der sequenziellen Leistungsdurchführung und Erhöhung der Arzt-Patienten-Kontaktzeit aufgehoben, um übende Interventionen und Hypnose neben den psychotherapeutischen Gesprächen und neben der Akutbehandlung abrechenbar zu machen.

GOP 35140 bis 35142: Die biographische Anamnese (GOP 35140), vertiefte Exploration (GOP 35141) sowie der Zuschlag für die Erhebung ergänzender neurologischer und psychiatrischer Befunde (GOP 35142) waren bislang nicht neben der probatorischen Sitzung (GOP 35150) berechnungsfähig. Die Durchführung der Leistungen in unmittelbarer zeitlicher Abfolge kann jedoch indiziert sein. Daher werden die entsprechenden sitzungsbezogenen Abrechnungsausschlüsse aufgehoben und die Arzt-Patienten-Kontaktzeit im Falle einer Nebeneinanderberechnung erhöht.

Abschnitt 35.2.2: Bei den tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien als Gruppentherapien gemäß den GOP 35503 bis 35509 (Kurzzeittherapie) und 35513 bis 35519 (Langzeittherapie) beträgt die Mindestdauer einer Sitzung 100 Minuten. Anders als bei der verhaltenstherapeutischen Gruppe durfte die Sitzungsdauer bislang nicht halbiert werden. Bei bestimmten Patientengruppen kann eine kürzere Sitzungsdauer indiziert sein. Daher wird eine erste Anmerkung in die Abrechnungsbestimmungen der genannten GOP, die eine Halbierung der Sitzungsdauer ermöglicht, analog zur verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie aufgenommen.

Abschnitt 35.3: In der ersten Bestimmung zum Abschnitt 35.3 EBM wird geregelt, bis zu welcher Gesamtpunktzahl psychodiagnostische Testverfahren je Behandlungsfall berechnungsfähig sind. Die Altersgrenze, bis zu der das höhere Punktzahlvolumen abgerechnet werden darf, wird auf das vollendete 21. Lebensjahr angehoben.

PSYCHOTHERAPIE

AUF EINEN BLICK

Entwicklung insgesamt für diese Fachgruppe: + 2,5 Prozent

- › Es wurden wenige strukturelle Änderungen vorgenommen.
- › Die Förderung der sprechenden Medizin erfolgt durch die Anhebung der Gesprächsleistungen.
- › Demgegenüber steht eine geringere Bewertung der Grundpauschalen.
- › Gemäß § 87 Abs. 2c Satz 6 SGB V haben die Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten. Die Bewertungen werden dahingehend regelmäßig überprüft. Der Bewertungsausschuss hat in diesem Zusammenhang zuletzt im April 2019 eine Höherbewertung der Leistungen des Abschnitts 35.2 beschlossen.

ENTWICKLUNG DER TOP-LEISTUNGEN

ÜBERSICHT			
GOP*	Beschreibung	Bewertung neu ab 1. April in Punkten	Bewertung alt in Punkten
35151	Psychotherapeutische Sprechstunde	462	462
35150	Probatorische Sitzung	709	621
35152	Psychotherapeutische Akutbehandlung	462	462
23220	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	154	108
23211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	79	120
35140	Biographische Anamnese	707	493
23216	Zuschlag für die psychotherapeutische Grundversorgung	170	170
23214	Grundpauschale Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	293	286

* ohne Leistungen aus Kapitel 35.2 (Antragspflichtige Leistungen gemäß den Psychotherapie-Richtlinien)

STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN

Abschnitt 30.11 Neuropsychologische Therapie gemäß der Nr. 19 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses

GOP 30930: In der GOP 30930 (Krankheitsspezifische neuropsychologische Diagnostik mittels Testverfahren) werden die Punktzahlbergrenzen analog Abschnitt 35.3 angehoben und die Altersklassen angepasst (alt: bis zum vollendeten 18. Lebensjahr 990 Punkte und ab Beginn des 19. Lebensjahres 651 Punkte, neu: bis zum vollendeten 21. Lebensjahr 1.636 Punkte und ab Beginn des 22. Lebensjahres 1.092 Punkte).

Die GOP 30930 enthielt zudem bislang keine Anmerkung zur grundsätzlichen Delegierbarkeit der Leistung. Daher erfolgt eine entsprechende Anpassung der GOP 30930 durch Aufnahme einer Anmerkung analog zu

den Leistungen in Abschnitt 35.3, die eine grundsätzliche Delegierbarkeit der Leistung, mit Ausnahme der Indikationsstellung, der Bewertung bzw. der Interpretation und schriftlichen Aufzeichnung, ermöglicht.

GOP 30931: Da die Durchführung der probatorischen Sitzung gemäß der GOP 30931 als Doppelsitzung fachlich sinnvoll sein kann, wird diese Möglichkeit im fakultativen Leistungsinhalt vorgesehen sowie die Abrechnungsbestimmung „je vollendete 50 Minuten“ aufgenommen.

GOP 30930 und 30931: Die GOP 30930 und 30931 sind bisher, anders als die inhaltlich vergleichbaren GOP 35150 und 35600 bis 35602, nicht den Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung zugeordnet. Daher erfolgt eine entsprechende Anpassung in Anhang 3 zum EBM mit Kennzeichnung der GOP 30930 und 30931 als Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung.

Kapitel 35 Leistungen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)

GOP 35111 bis 35113 und 35120: Die sitzungsbezogenen Abrechnungsausschlüsse der GOP 35111 bis 35113 (Übende Interventionen) und 35120 (Hypnose) zu den GOP 22220 und 23220 (Gespräch) und zu der GOP 35152 (Akutbehandlung) werden unter der Berücksichtigung der sequenziellen Leistungsdurchführung und Erhöhung der Arzt-Patienten-Kontaktzeit aufgehoben, um übende Interventionen und Hypnose neben den psychotherapeutischen Gesprächen und neben der Akutbehandlung abrechenbar zu machen.

GOP 35140 bis 35142: Die biographische Anamnese (GOP 35140), vertiefte Exploration (GOP 35141) sowie der Zuschlag für die Erhebung ergänzender neurologischer und psychiatrischer Befunde (GOP 35142) waren bislang nicht neben der probatorischen Sitzung (GOP 35150) berechnungsfähig. Die Durchführung der Leistungen in unmittelbarer zeitlicher Abfolge kann jedoch indiziert sein. Daher werden die entsprechenden sitzungsbezogenen Abrechnungsausschlüsse aufgehoben und die Arzt-Patienten-Kontaktzeit im Falle einer Nebeneinanderberechnung erhöht.

Abschnitt 35.2.2: Bei den tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien als Gruppentherapien gemäß den GOP 35503 bis 35509 (Kurzzeittherapie) und 35513 bis 35519 (Langzeittherapie) beträgt die Mindestdauer einer Sitzung 100 Minuten. Anders als bei der verhaltenstherapeutischen Gruppe durfte die Sitzungsdauer bislang nicht halbiert werden. Bei bestimmten Patientengruppen kann eine kürzere Sitzungsdauer indiziert sein. Daher wird eine erste Anmerkung in die Abrechnungsbestimmungen der genannten GOP, die eine Halbierung der Sitzungsdauer ermöglicht, analog zur verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie aufgenommen.

Abschnitt 35.3: In der ersten Bestimmung zum Abschnitt 35.3 EBM wird geregelt, bis zu welcher Gesamtpunktzahl psychodiagnostische Testverfahren je Behandlungsfall berechnungsfähig sind. Die Altersgrenze, bis zu der das höhere Punktzahlvolumen abgerechnet werden darf, wird auf das vollendete 21. Lebensjahr angehoben.

RADIOLOGIE

AUF EINEN BLICK

Entwicklung insgesamt für diese Fachgruppe: - 8,8 Prozent

- › Es wurden wenige strukturelle Änderungen vorgenommen.
- › Die Anpassung der kalkulationsrelevanten Kosten führt zu deutlichen Absenkungen der Bewertungen, obwohl die Zeiten in diesem Gebiet nicht sehr stark angepasst wurden.

ENTWICKLUNG DER TOP-LEISTUNGEN

ÜBERSICHT			
GOP	Beschreibung	Bewertung neu ab 1. April in Punkten	Bewertung alt in Punkten
34411	MRT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule	1053	1213
34450	MRT- Untersuchung der Extremitäten außer der Hand, des Fußes	1053	1213
34410	MRT-Untersuchung des Neurocraniums	1053	1213
34451	MRT-Untersuchung der Hand, des Fußes und/oder deren Teile	1053	1213
34341	CT-Untersuchung des gesamten Abdomens	724	819
34452	Weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung	380	446
34330	CT-Untersuchung des Thorax	586	660
34270	Mammographie	274	265
24211	Konsiliarpauschale 6. - 59. Lebensjahr	61	44
24212	Konsiliarpauschale ab 60. Lebensjahr	73	53

STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN

Abschnitt 34.2 Diagnostische Radiologie

GOP 34257: Die GOP 34257 enthält die Zystoskopie als obligaten Leistungsinhalt. Bei Patienten mit Zustand nach Zystektomie kann dieser obligate Leistungsinhalt nicht durchgeführt und somit die gesamte Leistung nicht abgerechnet werden. Daher wird eine neue erste Anmerkung zur GOP 34257 aufgenommen, die klarstellt, dass diese bei Patienten mit Zustand nach Zystektomie auch ohne Durchführung der Zystoskopie berechnungsfähig ist.

GOP 34271: Der obligate Leistungsinhalt der GOP 34271 (Zuschlag zur GOP 34270, Mammografie) wird dahingehend ergänzt, dass auch die präoperative Markierung vor einer neoadjuvanten Therapie in dieser Leistung beinhaltet ist. Zudem erfolgt eine Anpassung der Leistungslegende sowie die Aufnahme einer Anmerkung, dass die GOP 34271 bei Patienten mit einer multifokalen oder multizentrischen bösartigen Neubildung der Brustdrüse (Mamma) bei ausgedehnten Befunden vor neoadjuvanter Therapie je Seite zweimal berechnungsfähig ist.

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.

STRAHLENTHERAPIE

ALLGEMEINE HINWEISE

Aufgrund der Rahmenbedingungen der EBM-Weiterentwicklung, insbesondere der vereinbarten Punktsummen- und Ausgabenneutralität, und der Komplexität der Anpassung des EBM an den aktuellen Stand von medizinischer Wissenschaft und Technik im Bereich der Strahlentherapie wurden keine strukturellen Änderungen im Kapitel 25 vorgenommen. Es wurde vereinbart, dass der Bewertungsausschuss mit Wirkung bis spätestens zum 1. Januar 2021 eine Weiterentwicklung der strahlentherapeutischen Leistungen gemäß dem Kapitel 25 des EBM beschließen wird. Die Weiterentwicklung erfolgt zum Umstellungszeitpunkt punktsummen- und ausgabenneutral.

AUF EINEN BLICK

Entwicklung insgesamt für diese Fachgruppe: - 8,6 Prozent

- › Es wurden wenige strukturelle Änderungen vorgenommen.
- › 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.

ENTWICKLUNG DER TOP-LEISTUNGEN

ÜBERSICHT			
GOP	Beschreibung	Bewertung neu ab 1. April in Euro	Bewertung alt in Euro
Keine Änderungen im Kapitel 25			
40840	Kostenpauschale zur Gebührenordnungsposition 25320 oder 25321	111,30	140,00
40841	Kostenpauschale zur Gebührenordnungsposition 25310	23,85	30,00

STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN

Abschnitt 1.5 Ambulante Betreuung und Nachsorge

GOP 01510 bis 01512: Fachärzte für Strahlentherapie konnten bislang die GOP 01510 bis 01512 (Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung) nicht berechnen. Mit der Aufnahme dieser GOP in die Präambel 25.1 Nr. 2 wird die Berechnungsfähigkeit ermöglicht.

UROLOGIE

AUF EINEN BLICK

Entwicklung insgesamt für diese Fachgruppe: + 2,3 Prozent (inkl. 1,7 Prozentpunkte für Berücksichtigung flexible Zystoskopie)

- › Die Aufnahme des flexiblen Zystoskops in die GOP 26310 und 26313 ist mit einem zusätzlichen Finanzvolumen in Höhe von 14,5 Millionen Euro jährlich verbunden.
- › Die Grundpauschalen wurden aufgewertet, die Sonografien abgewertet.

ENTWICKLUNG DER TOP-LEISTUNGEN

ÜBERSICHT			
GOP	Beschreibung	Bewertung neu ab 1. April in Punkten	Bewertung alt in Punkten
26212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	200	198
26211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	170	166
33043	Uro-Genital-Sonographie	82	87
01731	Krebsfrüherkennungs- Untersuchung beim Mann	144	143
26220	Zuschlag für die urologische Grundversorgung	35	35
33042	Abdominelle Sonographie	143	157
26310	Urethro(-zysto)skopie des Mannes oder gemäß den Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen 4.2.1	750	444

STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN

Kapitel 26 Urologische Gebührenordnungspositionen

GOP 26310: Der erste Spiegelstrich des obligaten Leistungsinhaltes der GOP 26310 (Urethro(-zysto)skopie des Mannes oder gemäß den Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen 4.2.1) wird dahingehend ergänzt, dass eine Urethro(-zysto)skopie des Mannes mit einem starrem und/oder einem flexiblen Endoskop erfolgen kann. Im Rahmen dieser Änderung erfolgt eine Bewertungsanpassung.

GOP 26313: Bei der GOP 26313 (Zusatzpauschale apparative Untersuchung bei Harninkontinenz oder neurogener Blasenentleerungsstörung) wird die Anforderung „Messung des Abdominaldruckes“ im obligaten Leistungsinhalt gestrichen. Diese Messung ist bereits im ersten Spiegelstrich enthalten und die zusätzliche Auflistung somit redundant.

GOP 26315: 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.

GOP 26322 bis 26324: Die GOP 26322, 26323 und 26324 waren bislang Zuschlagsziffern zu den GOP 26310 und 26311 (Urethro(-zysto)skopie). Durch die Änderung der Legenden sowie Anpassungen im obligaten Leistungsinhalt sind die GOP 26322 bis GOP 26324 nicht mehr an die Durchführung einer Endoskopie gebunden.

Kapitel 33 Ultraschalldiagnostik

GOP 33046 (neu): Derzeit sind Kontrastmitteleinbringungen nach Nr. 5 der Präambel des Kapitels 33 Ultraschalldiagnostik Bestandteil der GOP. Die Sonographie mit Kontrastmitteln ist deutlich zeitaufwändiger im Vergleich zur klassischen Echokardiographie und Sonographie des Abdomens. Da der Mehraufwand derzeit im EBM nicht adäquat abgebildet ist, erfolgt die Aufnahme einer neuen GOP 33046 (Zuschlag zu den GOP 33020, 33021, 33022, 33030, 33031 und 33042 bei Durchführung der Echokardiographie/Sonographie mit Kontrastmittel) mit einer Bewertung in Höhe von 76 Punkten. In der Anmerkung zur GOP 33046 wird geregelt, dass die GOP 33046 entgegen der Leistungslegende auch dann als Zuschlag zu anderen GOP berechnungsfähig ist, sofern mindestens eine der in der Leistungslegende der GOP 33046 genannten Leistungen nach den GOP 33020 bis 33022, 33030, 33031 und 33042 obligater oder fakultativer Leistungsinhalt dieser GOP ist und deren Durchführung mit Kontrastmitteleinbringung(en) erfolgt.

GOP 33090: Zur GOP 33090 (Zuschlag für transkavitäre Untersuchungen) wird eine neue erste Anmerkung aufgenommen, nach der die GOP 33090 bei transösophagealer Durchführung und unter der Voraussetzung des Vorliegens von mindestens einer gesicherten Diagnose aus einem Kreis definierter Diagnosen zweimal je Sitzung berechnungsfähig ist. Durch diese Anpassung wird der Kostenaufwand abgebildet, der sich aus der Durchführung der Endosonographie ergibt.

Abschnitt 34.2 Diagnostische Radiologie

GOP 34257: Die GOP 34257 enthält die Zystoskopie als obligaten Leistungsinhalt. Bei Patienten mit Zustand nach Zystektomie kann dieser obligate Leistungsinhalt nicht durchgeführt und somit die gesamte Leistung nicht abgerechnet werden. Daher wird eine neue erste Anmerkung zur GOP 34257 aufgenommen, die klarstellt, dass diese bei Patienten mit Zustand nach Zystektomie auch ohne Durchführung der Zystoskopie berechnungsfähig ist.

PHYSIKALISCHE UND REHABILITATIVE MEDIZIN

AUF EINEN BLICK

Entwicklung insgesamt für diese Fachgruppe: 0,0 Prozent

- › Die EKG-Leistung wurde in die Grundpauschalen integriert.
- › Die Schmerztherapie wurde aufgewertet, die Durchführung der Akupunktur abgewertet.

ENTWICKLUNG DER TOP-LEISTUNGEN

ÜBERSICHT			
GOP	Beschreibung	Bewertung neu ab 1. April in Punkten	Bewertung alt in Punkten
27211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	233	233
27212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	248	246
27332	Physikalisch-rehabilitative Funktionsdiagnostik	415	426
30791	Durchführung einer Körperakupunktur	166	212
27310	Ganzkörperstatus	107	113
27220	Zuschlag für die physikalisch rehabilitative Grundversorgung	65	65
30702	Zusatzpauschale Schmerztherapie	498	497
30201	Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule	71	71
30700	Grundpauschale schmerztherapeutischer Patient	394	320
30790	Eingangsdagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur	516	470

STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN

Kapitel 27 Gebührenordnungspositionen der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin

GOP 27320: Infolge der Vereinheitlichung des EBM und entsprechend dem gesetzlichen Auftrag gemäß § 87 Absatz 2c SGB V wird die GOP 27320 (Elektrokardiographische Untersuchung) im Abschnitt 27.3 gestrichen und ist künftig Bestandteil der Grundpauschalen nach den GOP 27210 bis 27212.