EBM-Änderungen seit 1. Oktober 2013

Maßgebliche EBM-Änderungen bis 1. Januar 2015 seit Auflage des EBM Stand 1. Oktober 2013 *(Leistungsbeschreibungen sind sinngemäß wiedergegeben. Verbindlich sind die Wortlaute der Bekanntgaben der Herausgeber im deutschen Ärzteblatt.)*

1. Oktober 2013

Nachbesserungen des Hausarzt-EBM rückwirkend zum 1. Oktober 2013

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben sich am 18. Dezember 2013 auf weitere maßgebliche Nachbesserungen des Hausarzt-EBM rückwirkend zum 1. Oktober 2013 geeinigt. Mit diesen Nachbesserungen wurden einige Kritikpunkte, wie sie von der KVBW bereits vor der Einführung des neuen EBM angemahnt wurden, berücksichtigt und neue Lösungen gefunden.

- Hausärzte erhalten im **Vertretungsfall** zusätzlich zur halben Versichertenpauschale 50 Prozent der Zusatzpauschale (GOP 03040/04040). Die Praxen müssen nichts unternehmen. Die KVBW setzt diese in Vertreterfällen automatisch zu.
- Die **Parallellabrechnung von Versichertenpauschale und einer Gesprächsleistung** nach GOP 03230/04230 erfordert rückwirkend keinen 20-minütigen Arzt-/Patientenkontakt mehr. Es ist ein Arzt-/Patientenkontakt von mindestens 10 Minuten ausreichend.

1. Januar 2014

Regionale Verträge zum Organscreening im 2. Trimenon laufen zum 31. Dezember 2013 aus – EBM-Regelung zum 1. Januar 2014

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat am 18. Dezember 2013 eine **Höherbewertung der GOP 01770 (Betreuung einer Schwangeren)** von 1073 auf 1093 Punkte beschlossen. Weiter wurde eine neue **GOP 01771 für eine erweiterte Ultraschalluntersuchung im zweiten Trimenon** eingeführt, die mit 440 Punkten bewertet ist. Die Übergangsregelung der KVBW gemäß GOP 99850 und 99851 entfällt damit. Diese GOPs sind nicht mehr ansetzbar.

Anhebung der Bewertungen für die Haus- und Fachärztliche Grundversorgung zum 1. Januar 2014

Die Bewertung der hausärztlichen Zusatzpauschale (03040/04040) wird um 4 Punkte auf 144 Punkte angehoben. Die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) steigen um jeweils 5 Punkte.

Osteodensitometrie zum 1. Januar 2014 neu geregelt

Der Bewertungsausschuss hat mit Wirkung zum 1. Januar 2014 den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in Bezug auf die Osteodensitometrie geändert. Die bisherige Indikation (GOP 34600) bei Patienten, die eine Fraktur ohne nachweisbares adäquates Trauma erlitten haben und bei denen gleichzeitig auf Grund anderer anamnestischer und klinischer Befunde ein begründeter Verdacht auf Osteoporose besteht, kann ab 1. Januar 2014 ausschließlich mittels einer zentralen DXA (Dual-Energy X-ray Absorptiometrie) am Schenkelhals und/oder an der LWS als vertragsärztliche Leistung erbracht werden. Die Vergütung erfolgt wie bisher in Höhe von 161 Punkten und ist Teil der budgetierten Vergütung.
Die neue Indikation (GOP 34601) „zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung, wenn auf Grund konkreter anamnestischer und klinischer Befunde eine Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht", kann ebenfalls ausschließlich mittels einer zentralen DXA am Schenkelhals und/oder an der LWS als vertragsärztliche Leistung erbracht werden. Die Vergütung erfolgt ebenso mit 161 Punkten, jedoch als Einzelleistung außerbudgetär.
Die computertomographische Absorbtionsmessung stellt ab dem 1. Janaur 2014 keine EBM-Leistung mehr dar und kann daher auch nicht mehr abgerechnet werden. Alle Osteodensitometrien, die den Leistungsinhalt der GOP 34600 und 34601 nicht erfüllen, sind nicht über die GKV abrechenbar. Wir gehen davon aus, dass der überwiegende Teil dieser Untersuchungen damit Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) bleibt.

1. April 2014

Leistungen der kinderärztlichen Schwerpunkte und Zusatzweiterbildungen nach den Abschnitten 4.4 und 4.5 im Behandlungsfall nicht mehr neben den Chronikerpauschalen berechnungsfähig

Am 18. Dezember 2013 hatte der Bewertungsausschuss mit Wirkung zum 1. April 2014 beschlossen, die kinderärztlichen Chronikerpauschalen (GOP 04220 bzw. 04221) im Behandlungsfall nicht neben den Schwerpunkt- und Zusatzweiterbildungsleistungen der Abschnitte 4.4 und 4.5 EBM zuzulassen. Den vollständigen Wortlaut des Beschlusses entnehmen Sie bitte der Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt Heft 4 vom 24. Januar 2014 oder der Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: http://www.kbv.de/html/beschluesse_des_ba.php

MRSA-Diagnostik/-Therapie zum 1. April 2014 in EBM-Abschnitt 30.12 überführt

Die Leistungen der MRSA-Vergütungsvereinbarung nach § 87 Abs. 2a S. 3-6 SGB V (bisher Abschnitt 87.8 EBM) werden zum 1. April 2014 in einen neuen Abschnitt 30.12 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) überführt. Das hat der Bewertungsausschuss am 25. März beschlossen.
Inhaltliche Änderungen erfolgen ausdrücklich nicht. Es bleibt vielmehr nach wie vor bei den restriktiven Einschlusskriterien der zu untersuchenden und sanierungsbedürftigen Personen. Ärzte, die zur Abrechnung der Leistungen aus 87.8 berechtigt waren, müssen keine neuen Genehmigungen beantragen. Die KVBW nimmt die nötigen Umstellungen vor.

1. Juli 2014

Kapselendoskopie des Dünndarms in den EBM aufgenommen

Die Kapselendoskopie des Dünndarms wurde in den EBM aufgenommen bei Vorliegen einer Eisenmangelanämie, wenn nachvollziehbar keine andere Ursache als ein enteraler Blutverlust in Frage kommt oder Nachweis von Blut im Stuhl bei gleichzeitiger Hb-Konzentration unterhalb des Normbereichs und jeweils vorausgegangene endoskopische Untersuchung von Speiseröhre, Magen, Duodenum, Dickdarm sowie des Analkanals und nach Möglichkeit des terminalen Ileums keinen Nachweis einer Blutungsquelle erbracht haben. Außerdem soll vor dem Einsatz der Kapselendoskopie eine medikamentös verursachte gastrointestinale Blutung als Ursache ausgeschlossen werden, wenn dies vertretbar ist.

- Getrennte GOP für Kindergastroenterologen und Internisten
- Abrechnungsgenehmigung der KV zwingend (Antragsformular unter Genehmigungen)
- GOP 04528/13425 für die Durchführung 1139 Punkte
- GOP 04529/13426 für die Auswertung 2435 Punkte
- Sachkosten für die Kapsel nicht in der Bewertung beinhaltet

Hausärztliche Chronikerpauschale bei Mehrfachkontakt neu gefasst

Die Abrechnung der Chronikerpauschale ist seit 1. Juli 2014 einfacher geworden. Zudem erhalten Hausärzte und Pädiater rund zwei Euro mehr für die Behandlung von chronisch kranken Patienten, die sie mindestens zweimal im Quartal persönlich konsultieren. Die beim einmaligen Kontakt angesetzte GOP 03220/04220 mit jetzt 130 Punkten ist beim Ansetzen des zweiten Kontaktes mit GOP 03221/04221 (mit 40 Punkten) nicht mehr zu streichen. So resultieren bei zwei Kontakten 170 Punkte, statt bisher 150 Punkte.

Mutterschaftsvorsorge bei Mehrlingen: Ultraschall-Organscreening je Fetus berechnungsfähig

Durch Änderung der Anmerkungen wird die bisher einmalige Abrechnungsmöglichkeit des erweiterten Ultraschallscreenings nach GOP 01771 je Schwangerschaft zum 1. Juli 2014 erweitert. Gynäkologen können das erweiterte zweite Ultraschallscreening bei einer Schwangeren künftig mehrfach abrechnen, wenn es sich um eine Mehrlingsschwangerschaft handelt. Bei Zwillingen also beispielsweise zweifach. Die Vergütung erhöht sich entsprechend.

Einführung der intravitrealen Injektion/operativen intraokularen Medikamenteneinbringung in die Vertragsärztliche Versorgung zum 01.10.2014

Der Bewertungsausschuss führt zum 1. Oktober 2014 die intravitreale Injektion/operative intraokulare Medikamenteneinbringung in die Vertragsärztliche Versorgung ein.

Die genauen Änderungswortlaute sind dem Beschluss auf der Homepage der KBV, des Instituts des Bewertungsausschusses oder dem Deutschen Ärzteblatt zu entnehmen. Die wichtigsten Punkte zur Umsetzung innerhalb der KVBW sind wie folgt zusammengefasst:

Aufnahme von ambulanten und belegärztlichen Gebührenordnungspositionen für die intravitreale Injektion/operative intraokularen Medikamenteneinbringung (rechts 31/36371, links 31/36372 und beidseitig 31/36373)

- Abrechnung setzt eine **Genehmigung durch die KVBW** voraus (Antragsformulare auf der Homepage)
- **Beinhaltet sind alle Kosten, einschließlich des Sprechstundenbedarfs, mit Ausnahme der Kosten für das/die intravitreal applizierte(n) Arzneimittel**
- Das in diesem Zusammenhang **anzuwendende Arzneimittel** ist unter Berücksichtigung der Indikation, der Patientenpräferenz und des Wirtschaftlichkeitsgebotes auszuwählen und soweit es sich um für das Anwendungsgebiet arzneimittelrechtlich zugelassene Mittel handelt, auf den Namen des Patienten zu verordnen (Muster 16 Kassenrezept). Bei Einsatz arzneimittelrechtlich für diese Indikation nicht zugelassener Arzneimittel sind deren Kosten auf dem Behandlungsschein abzurechnen. Bei Belegärztlicher Behandlung gelten die stationären Abrechnungsbestimmungen in Verbindung mit den Regelungen des Krankenhausentgeltgesetzes.
- Bewertung **einseitig** je Sitzung **1618 Punkte** (Belegärztlich 772 Punkte)
- Bewertung **beidseitig** in der selben Sitzung **2130 Punkte** (Belegärztlich 1018 Punkte)
- Berechnung der Präoperativen Untersuchung durch den Hausarzt (Abschnitt 31.1. EBM), der Gebührenordnungspositionen 31502 für die postoperative Überwachung und 31821 für die Anästhesie setzen eine nachvollziehbare Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.
- Für die postoperative Behandlung können die Gebührenordnungspositionen 31716 EBM(auf Überweisung des Operateurs) **oder** 31717 EBM(Operateur) berechnet werden.
- Gebührenordnungsposition 06225 kann nur in Behandlungsfällen berechnet werden, in denen die augenärztliche Behandlung ausschließlich durch Augenarztärzte erfolgt ist, die keine Operationen oder intravitrealen Injektionen nach den Gebührenordnungspositionen 31101 bis 31108, 31321 bis 31328, 31331 bis 31338, 31350, 31351, 31362, 31371 bis 31373, 36101 bis 36108, 36321 bis 36328, 36331 bis 36338, 36350, 36351, 36371 bis 36373 EBM abrechnen.

Aufnahme von Gebührenordnungspositionen für die Betreuung der Patienten nach Durchführung intravitrealer Medikamentengaben (rechts 06334 links 06335)

- frühestens sechs Wochen nach intravitrealer Medikamenteneingabe in das jeweilige Auge.
- 100 Punkte je Betreuung und Auge
- höchstens sechsmal je Auge und Jahr
- höchstens einmal innerhalb von 28 Tagen
- Damit die KVBW das Einhalten dieser Voraussetzungen prüfen kann, ist es erforderlich, bei Abrechnung der jeweiligen Gebührenordnungsposition im Feld 5034 (OP-Tag) das am kürzesten zurückliegende Datum der intravitrealen Medikamentengabe (in das jeweilige Auge) einzutragen. Wenn in der Abrechnung keine Angabe dieses Datums stattfindet, wird die Betreuungsleistung gestrichen. Ebenso wird berichtigt, wenn die Abrechnung innerhalb von 41 Tagen (sechs Wochen) nach dem angegebenen Datum erfolgt.
- Praxisübergreifend muss der abrechnende Arzt sicherstellen, dass diese Vorgaben eingehalten werden

EBM 2015: Förderung von Praxisassistentinnen und PFG-Zuschlag

Der Einsatz von nichtärztlichen Praxisassistenten in Hausarztpraxen wird ab Januar 2015 gefördert. Fachärzte erhalten einen weiteren Zuschlag für die fachärztliche Grundversorgung

Fachärzte

Zusätzlicher Zuschlag zur PFG

Für jede Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) wird ab Januar 2015 eine Zuschlags-Gebührenordnungsposition im EBM eingeführt. Der PFG-Zuschlag wird von der KVBW ebenso wie die PFG zugesetzt. Der Zuschlag für die einzelnen Arztgruppen beträgt 26,7 Prozent der jeweiligen PFG. (Beispiel: PFG für HNO-Ärzten liegt bei 2,77 Euro. Es ergibt sich ein Zuschlag von 0,72 Euro).

PFG für Schwerpunktinternisten

Schwerpunktinternisten erhalten ab 2015 ebenfalls eine PFG. Für jeden internistischen Schwerpunkt wird eine entsprechende Gebührenordnungsposition (GOP) eingeführt, die mit 41 Punkten bewertet ist und innerhalb der MGV vergütet wird. Die PFG der Schwerpunktinternisten beschränkt sich auf Behandlungsfälle, in denen nur die Grundpauschale abgerechnet wurde.

PFG-Anpassung bei Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie

Die PFG für Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie wird künftig getrennt. Der bisherige Zuschlag für die psychiatrische und nervenheilkundliche Grundversorgung GOP 21218 (40 Punkte) wird zum Zuschlag für die psychiatrische Grundversorgung (44 Punkte). Ein Zuschlag für die nervenheilkundliche Grundversorgung (GOP 21225, 39 Punkte) wird neu aufgenommen und der Zuschlag für die neurologische Grundversorgung (GOP 16215) ebenso mit 39 Punkten bewertet.

PFG-Anpassung bei Gynäkologen

Die Höhe des Zuschlags für die gynäkologische Grundversorgung (GOP 08220) sinkt um 6 auf 24 Punkte. Dafür sollen Gynäkologen künftig die PFG auch dann erhalten, wenn die GOP 01701zum Ansatz kommt.

Hausärzte

Vergütung von nicht-ärztlichen Praxisassistenten – Drei neue GOP

Ab Januar können Hausärzte auch in nicht unterversorgten Gebieten eine Förderung bekommen, wenn sie eine speziell qualifizierte nicht-ärztliche Praxisassistentin (NäPa) beschäftigen, die zum Beispiel vom Arzt angeordnete Delegierbare Hilfeleistungen i. R.von Hausbesuchen übernimmt. Dazu werden drei neue Gebührenordnungspositionen in den EBM aufgenommen:

GOP 03060 Strukturelle Förderung als Zuschlag zur GOP 03040 (von KV zugesetzt)	22 Punkte (maximal 12.851 Punkte pro Praxis und Quartal, bei HZV-Teilnahme 22 Punkte weniger je HZV-Fall)
GOP 03062 Hausbesuch der NäPa (erster Besuch innerhalb eines Besuchsganges) einschließlich Wegegeld	166 Punkte
GOP 03063 Mitbesuch der NäPa (Besuch eines weiteren Patienten innerhalb eines Besuchsganges) einschließlich Wegegeld	122 Punkte

Jeder Haus- und Mitbesuch wird ohne Mengenbegrenzung zu dem vereinbarten Preis extrabudgetär vergütet. Neben GOP 03062 und 03063 können nur Leistungen des Abschnitts 32.2 EBM (O I-Labor) 31600 (Postoperative Behandlung nach 31.4 EBM) abgerechnet werden.

Die GOP GOP 03060 wird für maximal 584 Behandlungsfälle je Praxis und Quartal gezahlt. Die Anzahl verringert sich um die Zahl der in HzV-Verträgen im aktuellen Quartal behandelten Patienten. Beispiel: Eine Praxis mit 184 Selektivvertragsfällen erhält statt für 584 Fälle nur für 400 Fälle einen Zuschlag von je 22 Punkten(ca. 2,26) Euro.

Genehmigungspflicht der GOP 03060, 03062 und 03063
Um Leistungen für eine NäPa abzurechnen, brauchen Sie eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Antragsformulare stehen in Kürze auf der Homepage der KVBW zur Verfügung.

Kriterien für die Abrechnungsgenehmigung:

- NäPa (gemäß Anlage 8 Bundesmantelvertrag-Ärzte) mit mindestens 20 Wochenstunden
- **mindestens 860 Behandlungsfälle je Quartal** bei vollem Versorgungsauftrag
  (Durchschnitt der vier Quartale vor Antragstellung)
  Mehrere Hausärzte pro Praxis: + 640 Fälle je weiterem vollen Sitz. Das heißt bei zwei Sitzen 1.500 Fälle, bei zweieinhalb Sitzen 1.820 Fälle, bei drei Sitzen 2.140 Fälle usw.

  oder
  mindestens 160 Fälle je Quartal mit Patienten, die im jeweiligen Quartal 76 Jahre oder älter waren
  bei vollem Versorgungsauftrag
  (Durchschnitt der vier Quartale vor Antragstellung)
  Mehrere Hausärzte pro Praxis: + 120 Fälle je weiterem vollen Sitz.

Sofern kein voller Tätigkeitsumfang vorliegt, wird die Fallzahl anteilig ermittelt.

HzV-Fälle zählen bei Mindestfallzahl
Fälle aus HzV-Verträgen werden bei der Zählung berücksichtigt. Ärzte, die an einem Hausarztvertrag teilnehmen und die Genehmigung zur Abrechnung der GOP 03060, 03062 und 03063 besitzen, sind verpflichtet, der KV alle im aktuellen Quartal behandelten HZV-Patienten in der Abrechnung anzugeben.

Die KV prüft erstmals nach zwei Jahren, ob der Arzt die Voraussetzungen weiterhin erfüllt.

Genehmigung mit Beginn der Ausbildung
Liegen die übrigen Voraussetzungen vor, dürfen die Leistungen bereits mit Beginn der Fortbildung einer Praxismitarbeiterin zur NäPa abgerechnet werden. Die Ausbildung muss bis 30. Juni 2016 abgeschlossen sein.

Problemorientierte hausärztliche Gespräche – GOP 03230 und 04230
Zum 1. Januar 2015 wird die Leistungslegende der GOP 03230/04230 in „Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist" geändert. Die bisherige Einschränkung auf lebensverändernde Erkrankungen entfällt.

EBM 2015 für Kinderärzte: Einführung der GOP 04356 als Zuschlag zur 04355

Für Kinderärzte wird die außerbudgetär mit 20,03 Euro vergütete Leistung nach GOP 04356 als Zuschlag im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 04355 für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung zum 1. Januar 2015 eingeführt. Für die einmalige Abrechnung müssen mindestens 15 Minuten verstrichen sein. Der Ansatz ist zweimalig innerhalb von vier Quartalen möglich. Die Leistung obliegt einer Genehmigungspflicht durch die KVBW. Gefordert ist einerseits die Kooperation mit Kinderundjugendpsychiatern, Heilmittelerbringern und Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) und zusätzlich entweder der Nachweis einer mindestens sechsmonatigen Tätigkeit in einem SPZ oder ein 40-Stunden-Kurs „Entwicklungs- und Sozialpädiatrie für die kinder- und jugendärztliche Praxis". Als Übergangsregelung ist es bis zum 30. Juni 2016 auch ausreichend, wenn stattdessen im Vorjahresquartal und dem hierauf folgenden Kalendervierteljahr jeweils mindestens 50-mal die GOP 04355 abgerechnet wurde.

Tel. 0711/7875-3397
E-Mail: abrechnungsberatung@kvbawue.de