

Gynäkologie

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 Klärung 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 demnach 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 Teilnahmerate 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 Spontanzyklus (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 Nebeneinanderberechnungsausschluss 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 neoadjuvan-ten Therapie in dieser Leistung beinhaltet ist. Zudem erfolgt eine Anpassung der Leistungsle-gende sowie die Aufnahme einer Anmerkung, dass die GOP 34271 bei Patienten mit einer mul-tifokalen oder multizentrischen bösartigen Neubildung der Brustdrüse (Mamma) bei ausgedehn-ten Befunden vor neoadjuvanter Therapie je Seite zweimal berechnungsfähig ist.