

Strukturelle Änderungen im EBM zum 01.04.2020

ÜBERSICHT	
Nummer	Änderungen
1.2	<p>Die berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen sind 3 nachfolgenden Bereichen zugeordnet:</p> <ul style="list-style-type: none"> II. Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen, III. Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen, IV. Arztgruppenübergreifende bei spezifischen Voraussetzungen V. Kostenpauschalen VII. Ausschließlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen. <p>berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen. Kostenpauschalen stellen einen eigenständigen Bereich V dar.</p>
Folgeänderung	<p>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.</p>
1.9 (neu)	<p>Arztgruppen, Schwerpunkte und Zusatzbezeichnungen</p> <p>Die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich grundsätzlich nach der aktuell gültigen (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen die Ärzte ein, die aufgrund von Übergangsregelungen der für sie zuständigen Ärztekammern zum Führen der aktuellen Bezeichnung berechtigt sind oder eine nach den vorher gültigen Weiterbildungsordnungen erworbene entsprechende Bezeichnung führen.</p>
2.1	<p>[...] Ist im Leistungsinhalt ein Leistungsbestandteil mit „einschließlich“ benannt, handelt es sich um einen obligaten Leistungsinhalt.</p> <p>Sind einzelne Leistungsinhalte einer GOP mit „und“ verbunden, müssen alle diese Leistungsinhalte durchgeführt werden. Sofern der obligate Leistungsinhalt Aufzählungen, bspw. durch Spiegelstriche ohne eindeutige Verknüpfung, enthält, müssen alle diese aufgezählten Inhalte durchgeführt werden. Sind einzelne Leistungsinhalte einer GOP mit „oder“ verbunden, müssen nur die vor bzw. nach dem „oder“ verbundenen Leistungsinhalte durchgeführt werden.</p>

	<p>Werden mehrere Leistungsinhalte durchgeführt, ist die GOP entsprechend den jeweils betreffenden durchgeführten Leistungsinhalten berechnungsfähig. Sind einzelne Leistungsinhalte einer GOP mit „und/ oder“ verbunden, müssen nur die vor bzw. nach dem „und/oder“ aufgeführten Leistungsinhalte durchgeführt werden. Die Durchführung mehrerer Leistungsinhalte, die mit „und/oder“ verbunden sind, berechtigt nicht zur mehrfachen Abrechnung der GOP [...]</p>
3	<p>Überschrift: Behandlungs-, Krankheits-, Betriebsstätten- und Arztfall Definition der Abrechnungsbestimmungen</p>
3.6	<p>Zyklusfall Der Zyklusfall ist in den Bestimmungen zum Abschnitt 8.5 Punkt 6 definiert.</p>
3.7	<p>Reproduktionsfall Der Reproduktionsfall ist in den Bestimmungen zum Abschnitt 8.5 Punkt 7 definiert.</p>
3.8 (neu)	<p>Zeiträume/Definitionen 3.8.1 Kalenderjahr 3.8.2 Im Zeitraum von 3 Tagen beginnend mit dem Operationstag 3.8.3 Im Zeitraum von X Tagen 3.8.4 Im Zeitraum von X Wochen 3.8.5 Behandlungstag 3.8.6 Quartal 3.8.7 Der letzten vier Quartale</p>
3.9 (neu)	<p>Weitere Abrechnungsbestimmungen 3.9.1 Je vollendete nn Minuten 3.9.2 Je Bein, je Sitzung 3.9.3 Je Extremität, je Sitzung 3.9.4 Gebührenordnungspositionen mit „bis“ verknüpft</p>
4.1	<p>Die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen sind von den in der Präambel der entsprechenden arztgruppenspezifischen oder arztgruppenübergreifenden Kapitel genannten Vertragsärzten beim ersten kurativ-ambulantem oder kurativ-stationären (belegärztlich) persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) im Behandlungsfall zu berechnen. [...]</p> <p>Die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen sind von den in der Präambel der entsprechenden arztgruppenspezifischen oder arztgruppenübergreifenden Kapitel genannten Vertragsärzten nicht in einem ausschließlich präventivambulantem Behandlungsfall berechnungsfähig. [...]</p>

4.3.1	[...] Ein mittelbarer anderer Arzt-Patienten-Kontakt umfasst insbesondere die Interaktion des Vertragsarztes mit Bezugsperson(en) und setzt nicht die unmittelbare Anwesenheit von Arzt, Bezugsperson(en) und Patient an demselben Ort voraus. [...]
4.3.2	Die Berechnung von Komplexen und Zusatzpauschalen Gebührenordnungspositionen ist nur möglich, wenn die apparativen, räumlichen und persönlichen Voraussetzungen - in Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren bzw. Arztpraxen mit angestellten Ärzten unbeschadet der Regelung gemäß § 11 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und § 41 der Bedarfsplanungs-Richtlinie zumindest von einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt - zur Erbringung mindestens eines obligaten sowie aller fakultativen Leistungsinhalte im Gebiet und/oder im Schwerpunkt gegeben sind. [...]
4.3.5.1	Für Altersangaben gilt: Ein Lebensjahr beginnt am Geburtstag (00:00 Uhr). Somit entspricht das Lebensjahr dem Alter plus 1. Ein Lebensjahr ist mit Ablauf des Kalendertages vor dem Geburtstag vollendet (24:00 Uhr).
4.3.7 Nr. 4 (neu)	Wird der operative Eingriff und die postoperative Behandlung nach dem operativen Eingriff von unterschiedlichen Ärzten einer Berufsausübungsgemeinschaft bzw. eines medizinischen Versorgungszentrums durchgeführt, ist die GOP des Operators zu berechnen. Führen Ärzte gemäß Präambel 3.1 bzw. 4.1 die postoperative Behandlung durch, ist die Leistung nach der GOP 31600 zu berechnen.
4.4 (neu)	Abrechnungsausschlüsse
4.4.1 (neu)	Nicht neben/nicht nebeneinander Ausschluss der Berechnungsfähigkeit im genannten Zeitraum.
4.4.2 (neu)	Zuschlag Als Zuschlag benannte GOP sind nur in derselben Arztpraxis berechnungsfähig, welche die dem Zuschlag zugrunde liegende GOP berechnet hat. Zuschläge sind nur im zeitlichen Zusammenhang mit der in der Grundleistung ggf. genannten Abrechnungsbestimmung berechnungsfähig. Ist keine Abrechnungsbestimmung genannt, ist der Zuschlag nur in demselben Quartal berechnungsfähig.

6.1	<p>Für einen Vertragsarzt, der seine Tätigkeit unter mehreren Gebietsbezeichnungen bzw. mit mehreren Schwerpunkt-kompetenzen ausübt, richten sich die Höhe Berechnungs-fähigkeit der Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschalen nach dem Versorgungsauftrag, mit dem er in diesem Behand-lungsfall überwiegend tätig war und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, sofern in den Präambeln der arztgruppenspezifischen Kapitel nichts anderes bestimmt ist. Der Vertragsarzt darf im Behandlungsfall nur eine Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschale berechnen.</p>
7.3	<p>In den Gebührenordnungspositionen sind - soweit nichts anderes bestimmt ist - nicht enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kosten für Arzneimittel, Verbandmittel, Materialien, Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die nach der Anwendung verbraucht sind oder die der Kranke zur weiteren Verwendung behält, - Kosten für Einmalinfusionsbestecke, Einmalinfusions-katheter, Einmalinfusionsnadeln und Einmalbiopsie-nadeln. <p>Telefonkosten, die entstehen, wenn der behandelnde Arzt mit dem Krankenhaus zu einer erforderlichen stationären Behandlung Rücksprache nehmen muss.</p>