

# ABRECHNUNG exakt

Sicher und vollständig abrechnen nach EBM und GOÄ



## Liebe Leserin, lieber Leser,

nun ist es so weit: Die letzte Stufe der EBM-„Reform“ ist in Kraft. Ihren Ursprung hat sie in einem Gesetzauftrag (§ 87 Absatz 2 Satz 3 SGB V). Nach dem Willen des amtierenden Gesundheitsministers Jens Spahn sollen die zuwendungsintensiven Leistungen besser vergütet werden.

Weil insgesamt nicht mehr Geld ins System gesteckt werden soll, muss die Aufwertung dieser Leistungen allerdings zwangsläufig durch Abwertungen in anderen Bereichen ausgeglichen werden. Von den Abwertungen sind insbesondere die Leistungen aus dem medizintechnischen Bereich betroffen.

Praxen, die ihre Leistungen genau wie bisher erbringen, werden also unterschiedliche Folgen dieser Reform spüren – je nachdem, ob und in welchem Umfang sie auch technische Leistungen erbringen oder nicht. Um böse Überraschungen bei der Abrechnung des 2. Quartals zu vermeiden, sollten Sie sich daher spätestens jetzt mit der Leistungsstruktur Ihrer Praxis auseinandersetzen und gegebenenfalls Maßnahmen ergreifen, um Honorarverluste zu vermeiden.

Über die „Punkteverschiebungen“ im Hausarztkapitel haben wir Sie ja in der Märzangabe bereits informiert. Die grundsätzliche Devise in der Hausarztpraxis lautet für die Zukunft: Mehr Gespräche, weniger Medizintechnik. Wie Sie diese Devise konkret umsetzen, lesen Sie auf den Seiten 4 und 5.

Zuvor stellen wir im ersten Beitrag kurz die weiteren Änderungen vor, die sich zum 1. April ergeben haben, und erläutern im zweiten Beitrag die Neuerungen bei den Allergologieleistungen. Auf den folgenden Seiten informieren wir Sie über Ab- und Aufwertungen in den diversen EBM- bzw. Fachkapiteln und ihre Folgen.

Über die kurzfristigen Änderungen in der Abrechnung, die sich als Folge der „Coronakrise“ laufend ergeben, informieren wir Sie in unserem Online-Newsletter.

Kommen Sie gut und vor allem gesund durch diese Zeit, das wünscht Ihnen Ihr

**Dr. Dr. Peter Schlüter**

Fachlicher Leiter ABRECHNUNG exakt

## Die Themen dieser Ausgabe

- S. 2 Neu zum 01.04.2020: Das hat sich im EBM zum Quartalswechsel geändert

---

- S. 3 Allergiediagnostik im EBM: So sieht die Abrechnung seit 1. April 2020 aus

---

- S. 4 Die neue Devise für Hausarztpraxen: Weniger Medizintechnik, mehr Gespräche – aber die richtigen!

---

- S. 5 EBM-Reform: Das ist neu für Kinder- und Jugendmediziner

---

- S. 6 Diese Neuerungen gelten seit 01.04.2020 in der gynäkologischen Praxis

---

- S. 7 Neuer Zuschlag für die Abdomensonographie

---

- S. 8 Leserfragen und Impressum



### DOWNLOAD-SERVICE

[www.pkv-institut.de/downloads](http://www.pkv-institut.de/downloads)

Benutzername: mfa

Passwort: aufgaben

Aktivierungscode: ABR-exakt\_01-20

## Neu zum 01.04.2020: Das hat sich im EBM zum Quartalswechsel geändert

**Die wesentlichen Änderungen zum 2. Quartal 2020 sind sicherlich die je nach Fachkapitel mehr oder weniger gravierenden „Punkteverschiebungen“. Erst nach der Abrechnung des Quartals werden sich die Auswirkungen dieser Änderungen in ihrer ganzen Tragweite zeigen. Aber auch darüber hinaus gibt es einige Änderungen bzw. Neuerungen, über die Sie Bescheid wissen sollten:**

### **1. EBM-Kapitel 1.1 (Aufwandsersatzung für die besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten)**

Die GOP 01102 für die Inanspruchnahme an Samstagen zwischen 7 und 14 Uhr wird zeitlich ausgeweitet: Ab dem 01.04. ist sie von 7 bis 19 Uhr abrechenbar. Damit soll es für die Praxen attraktiver gemacht werden, auch am Samstag-nachmittag Sprechstunden anzubieten.

Außerdem kann die GOP 01102 nun auch im Zeitraum von drei Tagen nach einer ambulanten oder belegärztlichen Operation berechnet werden.

### **2. EBM-Kapitel 1.6 (Schriftliche Mitteilungen, Gutachten)**

- Die GOP 01610 für die Ausstellung von Muster 55 (Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung) ist mit Berechnung der Versichertenpauschale abgegolten. Für die Fälle, in denen zwar Muster 55 ausgefüllt, aber keine VP für den Patienten abgerechnet wird, kann zukünftig die GOP 01610 abgerechnet werden. Zu diesem Zweck wird die GOP 01610 in die Präambeln der EBM-Kapitel 3 und 4 als zusätzlich berechnungsfähige GOP aufgenommen.
- Die extrabudgetäre Vergütung der GOP 01611 für die Verordnung medizinischer Rehabilitation (Muster 61) soll beibehalten werden.

### **Muster 61 (Reha-Verordnung) wird zudem an mehreren Stellen angepasst:**

- Man kann nun ankreuzen, dass einem pflegenden Angehörigen eine stationäre Reha. verordnet werden soll.
- Die rehabilitationsbegründenden Diagnosen sollen künftig als „Funktionsdiagnosen“ angegeben werden.
- Die Ankreuzfelder zur „Seitenlokalisation“ entfallen; falls Angaben dazu notwendig sind, können sie im Freitextfeld der Diagnose aufgeführt werden.

### **3. EBM-Kapitel 1.7.2 (Früherkennungsuntersuchungen bei Erwachsenen)**

Bei den GOPs 01745 und 01746 für das Hautkrebscreening war bisher die Auflichtmikroskopie/Dermatoskopie nicht enthalten. Nun wurde sie in den fakultativen Leistungsinhalt aufgenommen.

### **4. EBM-Kapitel 30.1 (Allergologie)**

- Abschnitt 30.1 wurde umstrukturiert, der Abschnitt 30.1.1 in „Allergologische Anamnese“ und der Abschnitt 30.1.2 in „Allergie-Testungen“ umbenannt. Die bislang im Abschnitt 30.1.1 angesiedelten GOPs 30110 und 30111 finden sich nun im Abschnitt 30.1.2.
- Die spezifische allergologische Anamnese als obligater Leistungsinhalt der GOPs 30110 und 30111 wurde gestrichen, dafür findet sich im Abschnitt 30.1.1 nun die neue GOP 30100 für die „spezifische allergologische Anamnese und/oder Beratung“.
- Neu sind auch zwei Kostenpauschalen: Die GOP 40350 (16,14 Euro) kann bei der Abrechnung der GOP 30110 angesetzt werden, die GOP 40351 (5,50 Euro) zu den GOPs 13250, 13258 und 30111.

### **5. Videosprechstunde: Begrenzungsregeln sind vorübergehend aufgehoben**

Im Zuge der Coronavirus-Pandemie haben KBV und GKV-Spitzenverband die Beschränkungen der Videosprechstunde (Fallzahl und Leistungsmenge) für das 2. Quartal 2020 ausgesetzt:

Normalerweise dürfen Ärzte pro Quartal maximal jeden fünften Patienten ausschließlich per Video behandeln und auch nur 20 Prozent aller abgerechneten Leistungen per Video erbringen. Das gilt derzeit nicht mehr, da Patienten nach Möglichkeit nur in medizinisch dringenden Fällen die Praxen aufsuchen sollen.

Spätestens zum 31. Mai soll geprüft werden, ob eine Verlängerung dieser Beschränkungsaussetzung erforderlich ist.

Zusätzlich hat der Bewertungsausschuss beschlossen, dass die schmerztherapeutische Beratung/Erörterung und/oder Abklärung (GOP 30708) ab dem 01.04.2020 auch per Videosprechstunde erfolgen kann – und zwar dauerhaft, nicht nur während der Coronakrise.

## Allergiediagnostik im EBM: So sieht die Abrechnung seit 1. April 2020 aus

**Mit der EBM-Reform wurde auch das Kapitel 30.1 (Allergologie) neu strukturiert: Es wurde eine neue GOP für die allergologische Anamnese und Beratung aufgenommen. Zusätzlich gibt es ein neues Kapitel 40.7 mit zwei neuen Kostenpauschalen für allergologische Testungen. Im Gegenzug sank die Bewertung der GOPs 30110 und 30111.**

Das Kapitel 30.1 wurde umstrukturiert, der Abschnitt 30.1.1 in „Allergologische Anamnese“ und der Abschnitt 30.1.2 in „Allergie-Testungen“ umbenannt. Die zuvor im Abschnitt 30.1.1 angesiedelten GOPs 30110 und 30111 wurden in den Abschnitt 30.1.2 überführt. Die spezifische allergologische Anamnese als obligater Leistungsinhalt ist entfallen; stattdessen wurde in den Abschnitt 30.1.1 die neue GOP 30100 (65 Punkte) aufgenommen.

Bisher konnte man keine allergologische Anamnese abrechnen, ohne anschließend eine Allergietestung durchzuführen, da beides obligater Leistungsinhalt der GOPs 30110 und 30111 (Allergiediagnostik I und II) war.

Die neue Kostenpauschale 40350 kann bei der Abrechnung der GOP 30110 angesetzt werden, die Kostenpauschale 40351 zu den GOPs 13250, 13258 und 30111.

### Das sind die 3 neuen Allergologie-GOPs:

GOP	Leistung	Wert 2020
30100	Spezifische allergologische Anamnese und/oder Beratung  <b>Obligater Leistungsinhalt</b> – Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, – Durchführung einer spezifischen allergologischen Anamnese und/oder – Beratung und Befundbesprechung nach Vorliegen der Ergebnisse der Allergietestung  <b>Fakultativer Leistungsinhalt</b> – Anwendung eines schriftlichen Anamnesebogens, – Indikationsstellung zu einer Allergietestung  <b>Abrechnungsbestimmungen</b> – je vollendete 5 Minuten – maximal 4-mal im Krankheitsfall – im BHF nicht neben den GOPs 13250 und 13258	65 P. 7,14 €
40350	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der GOP 30110	16,14 €
40351	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung von Leistungen entsprechend den GOPs 13250, 13258 und 30111 oder sofern im Rahmen der Versichertenpauschale 03000 oder 04000 eine allergologische Basisdiagnostik mittels Pricktest erfolgt	5,50 €

### Dafür fällt die Bewertung der GOPs 30110 und 30111 künftig wesentlich geringer aus:

GOP	Leistung	Wert bis 31.03.	Wert ab 01.04.
30110	Allergologisch-diagnostischer Komplex zur Diagnostik und/oder zum Ausschluss einer (Kontakt-)Allergie vom Spättyp (Typ IV)	633 P. 69,55 €	258 P. 28,35 €
30111	Allergologisch-diagnostischer Komplex zur Diagnostik und/oder zum Ausschluss einer Allergie vom Soforttyp (Typ I)	458 P. 50,32 €	220 P. 24,17 €

## Die neue Devise für Hausarztpraxen: Weniger Medizintechnik, mehr Gespräche – aber die richtigen!

**Ein Beitrag von Dr. Gerd W. Zimmermann. Hausärzte starten ins 2. Quartal 2020 leider mit einer gewissen „Hypothek“: Die Bewertung der hausärztlichen Grundpauschale ist in allen Altersgruppen um acht bis elf Punkte reduziert worden, auch die Vorhaltepauschale (GOP 03040) wurde um sechs Punkte abgewertet. Eigentlich war das Ziel ja die Stärkung der Hausärzte durch eine bessere Vergütung der zeitaufwendigen „sprechenden Medizin“. Die Kompensation der Abwertungen durch die Gesprächsleistungen ist aber kein Automatismus!**

In verschiedenen Veröffentlichungen wurde der Eindruck erweckt, der Honorarverlust bei den hausärztlichen Grundpauschalen werde „automatisch“ durch die Höherbewertung der Gesprächsleistung nach GOP 03230 kompensiert.

Das stimmt aber nicht. Im Gegenteil: Wer sich als Hausarzt auf solche „Automatismen“ verlässt, wird nicht zu den Gewinnern dieser Reform gehören, sondern ohne Mehrhonorar aus ihr hervorgehen – oder sogar Honorar verlieren.

**So sieht die neue Bewertung der GOP 03230 aus:**

GOP	Leistung	Wert bis 31.03.	Wert ab 01.04.
03230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist	90 P. 9,89 €	128 P. 14,06 €

### Das liest sich zunächst prima:

Eine Anhebung des Fallwertes um 4,17 Euro! Die Leistung nach GOP 03230 hat aber weiterhin ein (internes) Budget. Zwar wurde dieses von bisher 45 Punkten auf nunmehr 64 Punkte angehoben. Trotzdem ist damit der voll vergütete Ansatz weiterhin nur bei der Hälfte der Patienten möglich.

**Beispiel:** Eine Musterpraxis mit 1.000 Scheinen verliert pro Patient durchschnittlich 9 Punkte bei der VP (= 989 Euro) und bei 80 Prozent der Patienten, bei denen die Vorhaltepauschale angesetzt wird, weitere 527 Euro. Diesem Honorarverlust – nur durch die Pauschalen! – von 1.516 Euro steht ein Mehrumsatz durch die besser bewertete GOP 03230 von 2.088 Euro gegenüber. Das klingt nach einem Gewinn (572 Euro).

Es bleibt auch ein Gewinn, wenn die Praxis beim Einsatz medizintechnischer Leistungen Zurückhaltung übt. Andernfalls summieren sich die Honorarverluste z. B. bei Langzeit-EKG (-19 Punkte), Langzeit-Blutdruckmessung (-21 Punkte), Spirographie (-7 Punkte) und Abdomen-Sonographie (-14 Punkte) und fressen das Honorarplus wieder auf.

### Daher sollten Sie sich von der internen Budgetierung lösen:

Der Bewertungsausschuss hat in seinem Beschluss vom 1. April 2017 das bis zu diesem Zeitpunkt praktizierte „totale“ Budget beim Ansatz der GOP 03230 aufgehoben. Seit

her können Sie die GOP 03230 so oft ansetzen, wie die Leistung erbracht wurde. Zwar ist eine Vergütung zum Orientierungspunktwert nur im Rahmen des internen Budgets gewährleistet, die „überschüssigen“ Gespräche werden abgestaffelt ausgezahlt und ergeben weniger Honorar. Trotzdem führen sie zu Mehreinnahmen.

### Aber passen Sie auf, dass Sie nicht Opfer eines anderen „Budgets“ werden:

Eine Praxis muss bekanntlich mit einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Zeitvorgaben und einem Honorarregress rechnen, wenn die Addition der den einzelnen Leistungen zugeordneten Prüfzeiten (siehe EBM-Anhang 3) an mehr als 3 Tagen die Grenze von 12 Stunden und im Quartal insgesamt von 780 Stunden überschreitet.

Um das interne Budget der Leistung nach GOP 03230 auszuschöpfen, muss man durchschnittlich acht 10-minütige Gespräche an einem Tag erbringen. Das sind 80 Minuten im Tagesprofil. Bei 24 Gesprächen sind es schon 240 Minuten oder 4 Stunden, die zu anderen Leistungen im Tagesprofil addiert werden. Eine Kollision mit dem hier zuständigen Prüfungsgremium der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) ist dann möglich.

### Der Ausweg: alternative Gesprächsleistungen

Durch mögliche KV-Prüfungen sollten Sie sich nicht von Ihrem Versorgungsauftrag als Hausärztin/Hausarzt abbringen lassen. Schließlich wurden auch andere zuwen-

dungsintensive Leistungen in der Bewertung angehoben: Zum Beispiel die psychosomatischen Leistungen nach den GOPs 35100 und 35110 (+41 Punkte) – ihre Plausibilitätszeit ist dabei sogar von bisher 16 Minuten auf nunmehr 14 Minuten reduziert worden.

Nimmt man noch die Gesprächsleistungen zur Unzeit nach den GOPs 01100 bis 01102 hinzu, ist ein positives finanzielles Ergebnis ab dem 1. April 2020 für die hausärztliche Praxis möglich:

GOP	Leistung	Wert ab 01.04.	Prüfzeit in Min.
01100	zwischen 19.00 und 22.00 Uhr, an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 07.00 und 19.00 Uhr	196 P. 21,53 €	0
01101	zwischen 22.00 und 07.00 Uhr, an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 19.00 und 07.00 Uhr	313 P. 34,39 €	0
01102	Inanspruchnahme des Vertragsarztes an Samstagen zwischen 7.00 und 19.00 Uhr	101 P. 11,10 €	0
01740	Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms gemäß Teil II. § 5 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)	116 P. 12,75 €	7
01747	Beratung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über das Ultraschallscreening auf Bauchortenaneurysmen (US-BAA-RL)	82 P. 9,01 €	4
35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	193 P. 21,21 €	14
35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	193 P. 21,21 €	14

## EBM-Reform: Das ist neu für Kinder- und Jugendmediziner

**Für diese Fachgruppe ergibt sich ein gemischtes Bild: Die Versichertenpauschalen und die technischen Leistungen werden deutlich abgewertet, dafür ergeben sich Kompensationsmöglichkeiten bei den Gesprächsleistungen und einzelnen fachgruppenspezifischen Leistungen.**

### Bei den Pauschalen entsteht ein Honorarverlust:

Die pädiatrischen Versichertenpauschalen werden um 8 bis 11 Punkte abgewertet, die Vorhaltepauschale um 6 Punkte. Damit liegt bei einer Praxis mit 1.000 Scheinen der durchschnittliche Verlust durch die Abwertung der pädiatrischen Versichertenpauschalen bei 1.593 Euro.

### Bei den Gesprächen geht es grundsätzlich aufwärts:

Stimmt die Aussage der KBV, dass durch die Reform die „sprechende Medizin“ besser vergütet werden soll, muss-

te ein Ausgleich der Verluste bei den Pauschalen über die Leistung nach GOP 04320 (Problemorientiertes ärztliches Gespräch) möglich sein. Die Leistung wird von 90 auf 128, also um 38 Punkte (+4,18 Euro) angehoben. Außerdem wird zum 01.04.2020 eine neue Gesprächsleistung nach GOP 04231 (Gespräch, Beratung und/oder Erörterung) geschaffen und ebenfalls mit 128 Punkten bewertet.

### Das sieht zwar wie eine Honorarerhöhung aus – aber nur auf den ersten Blick:

Denn durch die Abwertung der Versicherten- und Vorhaltepauschalen, die ja in jedem Behandlungsfall zum Tragen kommen, ist ein finanzieller Verlust nicht zu vermeiden.

Ein Ausgleich durch die Gesprächsleistungen ist grundsätzlich möglich. Bei der GOP 04230 bleibt es aber bei der internen Budgetierung, in die auch die neue GOP 04231 ein-

*Lesen Sie weiter auf S. 6*

bezogen wurde. Das Budget wurde zwar auf 64 Punkte angehoben, das bedeutet aber weiterhin, dass die beiden Gesprächsleistungen nur bei jedem zweiten Patienten alternativ einmal berechnet werden können.

### Weiteres Auf und Ab

Keinen finanziellen Ausgleich können die völlig unverändert bewerteten Präventionsleistungen liefern. Die Leistungen nach den GOPs 01702 bis 01724 werden weiter wie bisher vergütet. In den übrigen, für Pädiater zugänglichen fachübergreifenden Bereichen sieht es nicht viel besser aus. Im fachgruppenspezifischen Bereich wurden immerhin einige Leistungen deutlich aufgewertet: die GOP 04351 (Ent-

wicklungsneurologische Untersuchung) beispielsweise um 28 Punkte, die GOP 04352 (Vollständiger Entwicklungsstatus) um 31 Punkte, die GOP 04355 (Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung) um 39 Punkte.

Dieser „Gewinn“ kann allerdings durch die Abwertungen im medizintechnischen Bereich schon wieder kassiert werden.

**Unser Rat:** Sehen Sie sich die bisherige Leistungsstruktur Ihrer Praxis genau an und rechnen Sie die zu erwartende Honorarentwicklung auf dieser Basis aus. So sehen Sie bereits vorab, in welchen Bereichen Handlungsbedarf besteht.

## Diese Neuerungen gelten seit 01.04.2020 in der gynäkologischen Praxis

**Neben den „Punkteverschiebungen“ gibt es bei den Gyn-Leistungen etliche kleinere Änderungen und zwei neue Gebührenordnungspositionen für das Chlamydienscreening.**

### Das ändert sich bei den Leistungen zur Empfängnisregelung:

- Die GOPs 01821 (Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung) und 01822 (Beratung, ggf. einschl. Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung) ähnelten sich bisher sehr. Zur deutlicheren Abgrenzung wurde bei der GOP 01822 die Untersuchung in den obligaten Leistungsinhalt aufgenommen und die Legende angepasst.

- Auch die Abrechnungsbestimmungen haben sich geändert: Die GOP 01821 darf nun einmal im Behandlungsfall (statt bisher einmal im Krankheitsfall) angesetzt werden. Dafür darf man die GOP 01822 statt wie bisher einmal im BHF nur noch zweimal im Krankheitsfall abrechnen.
- Die GOP 01828 (Entnahme von Venenblut für den Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis) darf ab 01.04.2020 wie die GOP 01833 (Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis) einmal im Krankheitsfall angesetzt werden.

### Neu aufgenommen werden die GOPs 01823 und 01824:

GOP	Leistung	Wert 2020
01823	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01821 und 01822 für die Beratung zum Chlamydienscreening gemäß Abschnitt B Nr. 6 der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Patientinnen bis zum vollendeten 25. Lebensjahr  <b>Obligater Leistungsinhalt</b> – Aufklärung zu Sinn, Zweck und Ziel einer Untersuchung auf genitale Chlamydia trachomatis-Infektionen (Chlamydien-Screening), – Aushändigung des Merkblattes gemäß Anlage I der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch  Einmal im Krankheitsfall	50 P. 5,49 €
01824	Veranlassung der Untersuchung der Urinprobe auf Chlamydia trachomatis nach der GOP 01840  Einmal im Krankheitsfall	50 P. 5,49 €



**Was Sie zur GOP 01824 beachten sollten:**

Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01824 ist die Erreichung der Durchführungsquote zum Chlamydien-Screening. Diese wird je Praxis und Quartal durch den Anteil der GOP 01824 an den Behandlungsfällen mit der GOP 01823 ermittelt. Die Ziel-Durchführungsquote zum Chlamydien-Screening je Praxis und Quartal wird wie folgt festgelegt:

- 01.04.2020 – 31.12.2020: 30 %
- 01.01.2021 – 31.12.2021: 40 %
- Ab 01.01.2022: 50 %

**Das ändert sich bei den Leistungen der Mutterschaftsvorsorge:**

- **GOP 01770** (Betreuung einer Schwangeren): Es werden zwei Anmerkungen aufgenommen, die klarstellen sollen, dass diese GOP nach der Entbindung nicht mehr berechnungsfähig ist. Die Anmerkungen erlauben die Abrechnung der GOP 01770 höchstens viermal je Schwangerschaft und ausschließlich bei Vorliegen einer Schwangerschaft.
- **GOP 01773** (Weiterführende Sonographie II): Sie bleibt neben der GOP 03342 in derselben Sitzung ausgeschlossen, der Ausschluss wird auf die GOP 33040 ausgeweitet. Der Ausschluss der GOP 01773 im Behandlungsfall neben den GOPs 33040 und 33042 wird dagegen aufgehoben, sofern diese Leistungen nicht am Fötus erbracht werden.

**Tipps:** Geben Sie im Begründungsfeld an, dass die kurative Sonographie an der Mutter durchgeführt wurde, nicht am Fötus.

- **GOPs 01774 und 01775** (Weiterführende Dopplersonographie I bzw. II gemäß Mutterschafts-Richtlinien: Die Berechnung der GOP 33021, 33022, 33043, 33060, 33061, 33063 und 33070 bis 33075 im Behandlungsfall neben der GOP 01774 bzw. 01775 ist zukünftig möglich, sofern die sonographische Untersuchung des Kapitels 33 nicht am Fötus durchgeführt wird.

Auch hier empfiehlt sich ein entsprechender Hinweis im Begründungsfeld.

- **GOP 01816** (Nachweis von Chlamydia trachomatis im Urin): Diese GOP ist einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Wird aber z. B. eine Patientin kurz nach einer Fehlgeburt wieder schwanger, muss nach den Mutterschafts-Richtlinien auch eine Untersuchung auf genitale Chlamydia-trachomatis-Infektion durchgeführt werden.

Daher 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.

**Für die Nutzung von Muster 39 gilt seit 01.03.2020 eine Übergangslösung:**

Damit veranlassen Gynäkologen die Zytologie und den HPV-Test im Primärscreening und in der Abklärungsdiagnostik. Das Formular hat aber derzeit keine Felder für die Abklärungsdiagnostik auffälliger Befunde. Die dafür nötigen Angaben und Codes können daher vorübergehend in die erste Zeile des Freitextfeldes „Gyn. Diagnose“ eingetragen werden.

## Neuer Zuschlag für die Abdomensonographie

**Die Durchführung der Abdomensonographie und Echokardiographie ist mit Kontrastmitteleinbringung viel zeitaufwendiger als ohne. Das wird durch den neuen Zuschlag nach GOP 33046 auch in der Honorierung abgebildet.**

**Hinweis:** Wegen der Verordnung des Kontrastmittels sollten Sie sich mit Ihrer KV in Verbindung setzen, da die Regelungen KV-spezifisch unterschiedlich sind.

GOP	Leistung	Wert 2020
33046	Zuschlag zu den GOPs 33020 bis 33022, 33030, 33031 und 33042 bei Durchführung der Echokardiographie/Sonographie des Abdomens mit Kontrastmitteleinbringung	76 P. 8,35 €
	<b>Obligater Leistungsinhalt:</b> Kontrastmitteleinbringung(en)	



## Das Team von ABRECHNUNG exakt



**Dr. Dr. Peter Schlüter**  
Fachlicher Leiter  
Tel.: 089 4522809-28  
(Do. 14–15 Uhr)  
E-Mail: abrechnung@pkv-institut.de



**Barbara Kettl-Römer**  
Chefredakteurin  
Tel.: 089 4522809-0  
(Mo.–Fr. 9–17 Uhr)  
E-Mail: redaktion@pkv-institut.de



**Karin Meinhart**  
Leserservice  
Tel.: 089 4522809-0  
(Mo.–Do. 9–17, Fr. bis 13 Uhr)  
E-Mail: info@pkv-institut.de

## Impressum

### ABRECHNUNG exakt

Sicher und vollständig abrechnen nach EBM und GOÄ

PKV Institut GmbH  
Goethestraße 66, 80336 München  
Telefon 089 4522809-0, Fax 089 4522809-50  
E-Mail: info@pkv-institut.de  
Internet: www.pkv-institut.de

Geschäftsführer: Christel Egenberger, Katrin Egenberger,  
Tim Egenberger

Chefredakteurin: Barbara Kettl-Römer

Erscheinungsweise: 12 Ausgaben im Jahr (ZKZ 018119)

Der Inhalt wurde mit größtmöglicher Sorgfalt erstellt und geprüft. Haftung/Gewähr können jedoch nicht übernommen werden. Wiedergabe – auch auszugsweise – nur mit schriftlicher Einwilligung des Herausgebers.

ABRECHNUNG exakt ist **werbe- und anzeigefrei, unabhängig von Verbänden, Pharmaindustrie und Krankenkassen**. In diesem Beratungsbrief geht es ausschließlich um die Interessen von Medizinischen Fachangestellten.

**Unsere Mission:**  
**Wir machen Praxen erfolgreich  
und Praxisteam stark.**

## Leserfragen zur Abrechnung von Vorsorgeleistungen

**Frage 1:** Mir ist noch nicht ganz klar, wie das neue Früherkennungsprogramm in der Gynäkologie funktioniert: Alle 5 Jahre wird man von der Krankenkasse zum Screening eingeladen, kann aber einmal im Jahr zur Vorsorgeuntersuchung kommen? Und ab 35 Jahre wird alle 3 Jahre mit Zyt und HPV untersucht. Ist das richtig? Gibt es eine neue Download-Checkliste der Abstände und Ziffern?

**Antwort:** Ja, alle Frauen zwischen 20 und 65 werden zur Früherkennung des Zervixkarzinoms eingeladen. Frauen zwischen 20 und 34 Jahren haben einmal jährlich Anspruch auf eine zytologische Untersuchung (wie bisher). Künftig ist sie auch mittels Thinprep möglich. Ab 35 haben Frauen dann Anspruch auf ein kombiniertes Screening – also zytologische Untersuchung und Test auf Papillomviren. Die Wiederholung erfolgt bei unauffälligem Ergebnis alle 3 Jahre und bei geringen Auffälligkeiten nach einem Jahr.

\* \* \*

**Frage 2:** Wir haben für ein privatversichertes Kind eine U3 gemacht. Wie können wir die abrechnen?

**Antwort:** Dafür können Sie die GOÄ-Nr. 26 ansetzen.

\* \* \*

**Frage 3:** Können wir bei Privatpatienten das Hautkrebscreening neben der Gesundheitsuntersuchung abrechnen?

**Antwort:** Jein. Es gibt für das HKS keine eigene Ziffer in der GOÄ; die Nr. 7 für die Untersuchung des Hautorgans ist neben der Nr. 29 ausgeschlossen. Am besten steigern Sie die Nr. 29 (Begründung: „erhöhter Zeitaufwand wegen Untersuchung des kompletten Hautorgans und der sichtbaren Schleimhäute“). Daneben können Sie eventuell die GOÄ-Nr. 750 für die Auflichtmikroskopie berechnen.

### IN DER NÄCHSTEN AUSGABE LESEN SIE

- Wie Sie telefonische Kontakte mit AU-Ausstellung richtig abrechnen
- GOÄ-Leistungen differenziert abrechnen: Wie Sie den Multiplikator korrekt einsetzen
- Fehlendes Zeitfenster in der Samstagsberatung geschlossen – was das für Ihre Abrechnung bedeutet