



18. Januar 2016

## Neues aus der Abrechnung 1. Quartal 2016

### Nuklearmedizin/Radiologie PET und PET/CT als neue Leistungen aufgenommen

Ab dem 1. Januar 2016 wird die Tumordiagnostik über die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) als neue Leistung in den EBM aufgenommen. Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und damit extrabudgetär zu festen Preisen.

Für die neuen Leistungen wird das Kapitel 34 um einen Abschnitt 34.7 erweitert. Er enthält jeweils zwei neue Gebührenordnungspositionen (GOP) für die Positronen-Emissions-Tomographie des gesamten Körperstammes und für Teile des Körperstammes, jeweils mit oder ohne Computertomographie:

#### PET des Körperstammes

- bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen: GOP 34700      4456 Punkte
- mit gleichzeitiger diagnostischer CT:    GOP 34701      5653 Punkte

#### PET von Teilen des Körperstammes

- bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen: GOP 34702      3565 Punkte
- mit gleichzeitiger diagnostischer CT:    GOP 34703      4523 Punkte

#### Genehmigungspflicht und Übergangsregelung

Die Gebührenordnungspositionen für die PET können ausschließlich von Fachärzten für Nuklearmedizin und Fachärzten für Radiologie abgerechnet werden, wenn diese über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung § 135 Abs. 2 SGB V zu den Leistungen der PET verfügen.

Bis zum Inkrafttreten dieser neuen Qualitätssicherungsvereinbarung, müssen Ärzte, die diese Leistungen erbringen und abrechnen möchten, über eine **Übergangsgenehmigung** nach den Anforderungen gemäß Nr. 14 der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses verfügen. Die Antragsunterlagen

können im Sekretariat der Abteilung Qualitätssicherung unter der Telefon-Nr. 04551 883 262 angefordert werden.

#### **Neue Kostenpauschale 40584**

Ebenfalls zum 1. Januar 2016 ist die Kostenpauschale 40584 in den EBM-Abschnitt 40.10 aufgenommen. Sie ist für Sachkosten im Zusammenhang mit den neuen Leistungen der PET bei Verwendung des Radionuklids <sup>18</sup>F-Fluorodesoxyglukose berechnungsfähig.

---

## **Patienten mit unbestimmtem Geschlecht Neue Regelungen zur Abrechnung**

Ab dem 1. Januar 2016 wird eine neue Nr. 4.2.1 in die Allgemeinen Bestimmungen zum EBM aufgenommen, die die Abrechnung geschlechtsspezifischer Gebührenordnungspositionen bei Personen mit nicht festgelegter Geschlechtszuordnung und der Kennzeichnung „X“ für das unbestimmte Geschlecht auf der elektronischen Gesundheitskarte regelt.

In diesem Zusammenhang wurden auch die Leistungslegenden der GOP 26310 und 26311 (Urethro(-zysto)skopie des Mannes bzw. der Frau) konkretisiert.

---

## **Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Änderung der Bezeichnung des Kapitels 22.2**

Zur Angleichung der Bezeichnung des Kapitels 22 „Gebührenordnungspositionen der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie“ erfolgt die Änderung der Bezeichnung des Abschnitts 22.2 EBM sowie der Legende der Gebührenordnungsposition 22216.

---

## **Ambulantes Operieren Anpassung des Anhangs 2 EBM**

Der Anhang 2 des EBM wird zum 1. April 2016 an den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) Version 2016 angepasst. Der an die OPS-Version 2016 angepasste Anhang 2 des EBM tritt erst zum 1. April 2016 in Kraft. Bis dahin basieren die im gültigen Anhang 2 des EBM aufgeführten OPS-Codes auf dem OPS 2015. Auch die unspezifischen -.x-Codes der Hernien-Chirurgie gelten demzufolge bis zum 31. März 2016.

Eine Übersicht über die neu in den Anhang 2 zum EBM aufgenommenen sowie die aus dem Anhang 2 gestrichenen OPS-Codes finden Sie in Kürze auf unserer Homepage unter [www.kvsh.de](http://www.kvsh.de) → Downloadcenter → Ambulante Operationen → Änderungen EBM Anhang 2 ab 1. April 2016.

# Ambulantes Operieren § 115b SGB V – Kennzeichnung von Anästhesien aus EBM-Kapitel 5

Folgende Anästhesien und Narkosen aus dem EBM-Kapitel 5 werden extrabudgetär vergütet, wenn sie im Zusammenhang mit Operationen und stationsersetzenenden Eingriffen aus den Abschnitten 2 und 3 aus dem Katalog zum AOP-Vertrag nach § 115b SGB V erbracht werden:

- 05320 Leitungsanästhesie eines Nerven oder Ganglions an der Schädelbasis
- 05330 Anästhesie und/oder Narkose
- 05331 Zuschlag zu 05330
- 05341 Einleitung und Unterhaltung einer Analgesie und/oder Sedierung

Bitte kennzeichnen Sie die Anästhesien/Narkosen zu Eingriffen aus Abschnitt 2\* des Katalogs zum AOP-Vertrag wie folgt:

1. Fallkennung „88115“
2. GOP<sup>1</sup> der Anästhesie/Narkose
3. OPS<sup>2</sup> aus Abschnitt 2 AOP-Katalog (wie gehabt im bekannten *OPS-Feld 5035*)

Bitte kennzeichnen Sie die Anästhesien/Narkosen zu Eingriffen aus Abschnitt 3\* des Katalogs zum AOP-Vertrag wie folgt:

1. Fallkennung „88115“
2. GOP der Anästhesie/Narkose
3. GOP des zugrunde liegenden operativen/stationsersetzenenden Eingriffs aus Abschnitt 3 des Katalogs zum AOP-Vertrag, einzugeben im Feld „GNR als Begründung (5036)“

Bei nicht korrekter Kennzeichnung werden die Anästhesien/Narkosen innerhalb der Punktzahlvolumina vergütet.

Anästhesien und Narkosen aus dem EBM-Kapitel 31, die zu ambulanten Operationen und stationsersetzenenden Eingriffen aus Abschnitt 1\* des Katalogs zum AOP-Vertrag erbracht werden, sind ebenfalls mit der Fallkennung „88115“, der GOP der Anästhesie/Narkose sowie dem OPS des zugrunde liegenden operativen/stationsersetzenenden Eingriffs aus Abschnitt 1 des Katalogs zum AOP-Vertrag zu kennzeichnen.

\* Die Abschnitte 1, 2 und 3 des Katalogs zum AOP-Vertrag finden Sie auf unserer Homepage unter [www.kvsh.de](http://www.kvsh.de) → Downloadcenter → Verträge → Ambulante Operationen

**Für Fragen erreichen Sie unser Service-Team  
unter der Rufnummer 04551 883 883.**

---

<sup>1</sup> GOP = Gebührenordnungsposition

<sup>2</sup> OPS = Operationen- und Prozedurenschlüssel