

Aktuelle Informationen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für das Quartal 2/2018

Sehr geehrte Mitglieder,

in diesem Quartal wird das Hauptaugenmerk auf der Laborreform liegen, die zum 1. April 2018 weitreichende Änderungen mit sich bringen wird. Aber auch weitere wichtige Abrechnungsinformationen, wie z. B. die Erweiterung der Abrechnungsbestimmungen für die Verordnung von Soziotherapien und Rehabilitationsmedizin, möchten wir Ihnen mit dem Newsletter 2/2018 in kompakter Form zur Verfügung stellen. Auch werden Leistungen aufgezeigt, die im Zuge einer Vertragskündigung entfallen. Da uns im Nachgang zum letzten Newsletter-Versand weitere Änderungen erreichten, werden ebenfalls die Nachträge für das Quartal 1/2018 dargelegt.

Über die unten aufgeführten Punkte können Sie sich direkt auf unsere Homepage navigieren. Dort stehen Ihnen ausführlichen Informationen zu den jeweiligen Themen zur Verfügung. Hier besteht ebenfalls die Möglichkeit, den gesamten Newsletter im pdf-Format herunterzuladen.

Bitte beachten Sie, dass uns immer mal wieder kurzfristig weitere Neuerungen erreichen, nachdem Sie den Newsletter bereits erhalten haben.

Informieren Sie sich auch über das bereits abgerechnete Quartal und erfahren Sie Neuigkeiten zum Thema „Honorar“ und Wissenswertes für Ihre Arztgruppe im Quartalsbericht, abrufbar im Online-Portal Ihrer KV Hamburg. <http://www.ekvvh.de/>

Ihre Anregungen oder Fragen können Sie uns gerne über die Adresse Abrechnungsnewsletter@kvvh.de zukommen lassen.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß mit dem Newsletter 2/2018.

Ihre Abrechnungsabteilungen
der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Themen:

- Laborreform ab 1. April 2018
- Neues Operationsverfahren im EBM: Thulium-Laserresektion
- Erweiterung der Abrechnungsbestimmungen für die Verordnung von Soziotherapien und Rehabilitationsmedizin
- Entfall von Leistungen
- Abrechnungshinweise
 - o Änderung oder Ergänzung von Diagnosen
 - o Postleitzahl-Angabe
 - o Abrechnungshinweise zum Stuhltest „iFOBT“
 - o Psychotherapeutische Sprechstunde wird ab April verpflichtend
- Nachträge zum Quartal 1/2018
 - o Neue Leistungen zum Nachweis der T790M-EGFR-Mutation
 - o Medikationsplan – GOP 01630
 - o Ergänzende Information zum Ultraschall-Screening von Bauchaortenaneurysmen
 - o AOK Rheinland/Hamburg übernimmt Kosten für tetravalente Grippeimpfstoffe
 - o Intravitreale Medikamentengabe wird besser vergütet
 - o Leistungen zur Hörgeräteversorgung neu bewertet
 - o Herzschrittmacherkontrolle: Übergangsregelung für Genehmigung verlängert
 - o Humangenetische Beurteilung: GOP 11235 und 11236

Laborreform ab 1. April 2018

Für die wirtschaftliche Erbringung und Veranlassung von laboratoriumsmedizinischen Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM wird weiterhin ein Bonus gezahlt (GOP 32001). Dabei werden die durchschnittlichen Laborkosten eines Arztes je Behandlungsfall (individueller Fallwert) mit den Kosten seiner Arztgruppe verglichen und auf dieser Basis individuell der Bonus berechnet. Es werden nur Behandlungsfälle berücksichtigt in welchen eine Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale abgerechnet wird.



Um die Höhe des zu vergütenden Wirtschaftlichkeitsbonus (WiBo) zu bestimmen werden die durchschnittlichen Laborkosten je Arztgruppe in einen unteren begrenzenden Fallwert (25. Perzentil) und einen oberen begrenzenden Fallwert (75. Perzentil) vorgegeben. Liegt der arztpraxispezifische Fallwert unterhalb des unteren begrenzenden Fallwertes (Wirtschaftlichkeitsfaktor 1), kommt der Wirtschaftlichkeitsbonus voll zur Auszahlung. Liegt der arztpraxispezifische Fallwert oberhalb des oberen begrenzenden Fallwertes (Wirtschaftlichkeitsfaktor 0), kommt der Wirtschaftlichkeitsbonus nicht zur Auszahlung. In allen anderen Fällen wird der Wirtschaftlichkeitsbonus anteilig in Abhängigkeit von der Höhe des arztpraxispezifischen Fallwertes ausgezahlt.

Die Bewertung des Wirtschaftlichkeitsbonus variiert in der Höhe sowohl nach Quartal als auch nach Facharztgruppe. Der praxispezifische Fallwert wird mit der Punktzahl der eigenen Fachgruppe multipliziert.

Beispiel

Arztgruppe	Punkte WiBo	Unterer begrenzender Fallwert in €	Oberer begrenzender Fallwert in €
Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten und praktische Ärzte	19	1,6	3,8
Innere Medizin, fachärztliche Internisten ohne SP	15	1,2	4,6
Dermatologie	10	0,5	2,3

Rechenbeispiele Wirtschaftlichkeitsbonus

Beispiel Einzelpraxis:

Ein Dermatologe rechnet insgesamt 1.000 Behandlungsfälle mit einer Grundpauschale ab. Die Laborkosten betragen 2.200€.

- Unterer begrenzender Fallwert FG: 0,50€
- Oberer begrenzender Fallwert FG: 2,30€
- Bewertung WiBo FG: 10 Punkte

Schritt 1 – Berechnung des arztpraxispezifischen Fallwertes:

$$\frac{\text{Summe Laborkosten im Quartal}}{\text{Behandlungsfälle}} = \frac{2.200}{1.000} = 2,20\text{€} = \text{arztpraxispezifischer Fallwert}$$

In der Praxis befindet sich der spezifische Fallwert von 2,20 Euro zwischen dem unteren und dem oberen begrenzenden Fallwert. Der WiBo wird damit anteilig gewährt.

Schritt 2 – Berechnung des Wirtschaftlichkeitsfaktors

$$\frac{(\text{oberer Fallwert} - \text{arztpraxispezifischer Fallwert})}{(\text{oberer Fallwert} - \text{unterer Fallwert})} = \frac{(2,30 - 2,20)}{(2,30 - 0,50)} = 0,06 = 6\% = \text{anteiliger WiBo}$$

Schritt 3 – Berechnung der praxisindividuellen Bewertung der GOP 32001 EBM

Die praxisindividuelle Bewertung der GOP 32001 in Punkten wird ermittelt, indem die im EBM festgelegte arztgruppenspezifische Punktzahl des Wirtschaftlichkeitsbonus mit dem Wirtschaftlichkeitsfaktor der Praxis multipliziert wird.

$$10 \text{ Punkte} \times 0,06 = 0,6 \text{ Punkte}$$

Schritt 4 - Gesamtpunktzahl Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001)

$$0,6 \text{ Punkte} \times 1.000 \text{ Fälle} = 600 \text{ Punkte}$$

Multipliziert mit dem Hamburger Punktwert ergibt sich ein WiBo in Höhe von 64,50€

$$600 \text{ Punkte} \times 0,107493\text{€} = 64,50\text{€}$$

Beispiel fachübergreifende BAG:

Eine BAG mit einem Hausarzt und einem fachärztlichen Internisten ohne Schwerpunkt rechnet insgesamt 1.500 Behandlungsfälle ab. Der Hausarzt (HA) hat auf 800 Behandlungsfällen Versichertenpauschalen abgerechnet, der Internist (INT) in 700 Fällen Grundpauschalen. Die Laborkosten betragen 3.600€.

- Unterer begrenzender Fallwert HA: 1,60€
- Unterer begrenzender Fallwert INT: 1,20€
- Oberer begrenzender Fallwert HA: 3,80€
- Oberer begrenzender Fallwert INT: 4,60€
- Bewertung WiBo HA: 19
- Bewertung WiBo INT: 15

Wichtig: In BAGs werden die begrenzenden Fallwerte nach Anteil und Fachgruppe gemittelt. Dies ist notwendig, da der WiBo immer praxisbezogen gewährt wird.

Schritt 1 – Berechnung des a) unteren- und b) oberen begrenzenden Fallwert BAG

a) Unterer begrenzender Fallwert

$$\frac{((\text{Arztfälle HA} \times \text{unterer begrenz Fallwert}) + (\text{Arztfälle INT} \times \text{unterer begrenz Fallwert FG}))}{\text{Behandlungsfälle}} = \frac{((800 \times 1,60) + (700 \times 1,20))}{1.500} = 1,41 \text{ €}$$

b) Oberer begrenzender Fallwert

$$\frac{((\text{Arztfälle HA} \times \text{unterer begrenz Fallwert}) + (\text{Arztfälle INT} \times \text{unterer begrenz Fallwert FG}))}{\text{Behandlungsfälle}} = \frac{((800 \times 3,80) + (700 \times 4,60))}{1.500} = 4,17 \text{ €}$$

Schritt 2 – Berechnung des arztpraxispezifischen Fallwertes

$$\frac{\text{Summe Laborkosten im Quartal}}{\text{Behandlungsfälle}} = \frac{3.600}{1.500} = 2,40\text{€} = \text{Arztpraxispezifischer Fallwert}$$

In der BAG befindet sich der spezifische Fallwert von 2,40€ zwischen dem unteren und oberen begrenzenden Fallwert der BAG. Der WiBo wird damit anteilig gewährt.

Schritt 3 – Berechnung des Wirtschaftlichkeitsfaktors

$$\frac{(\text{oberer begrenz Fallwert BAG} - \text{arztpraxispezifischer Fallwert})}{(\text{oberer begrenz Fallwert BAG} - \text{unterer begrenz Fallwert BAG})} = \frac{(4,17 - 2,40)}{(4,17 - 1,41)} = 0,64 = 64\% = \text{anteiliger WiBo}$$

Schritt 4 – Berechnung der arztpraxispezifischen Bewertung des WiBo BAG

$$\frac{((\text{Arztfälle HA} \times \text{Punkte WiBo FG}) + (\text{Arztfälle INT} \times \text{Punkte WiBo FG}))}{\text{Behandlungsfälle}} = \frac{((800 \times 19) + (700 \times 15))}{1.500} = 17,13$$

Schritt 5 – Berechnung der praxisindividuellen Bewertung der GOP 32001 EBM

Die praxisindividuelle Bewertung der GOP 32001 in Punkten wird ermittelt, indem die individuelle Punktzahl des Wirtschaftlichkeitsbonus für die BAG mit dem Wirtschaftlichkeitsfaktor der BAG multipliziert wird.
 $17,13 \text{ Punkte} \times 0,64 = 10,96 \text{ Punkte}$

Schritt 6 - Gesamtpunktzahl Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001)

$10,96 \text{ Punkte} \times 1.500 \text{ Fälle} = 16.440 \text{ Punkte}$

Multipliziert mit dem Hamburger Punktwert ergibt sich ein WiBo in Höhe von 1.767,18€

$16.440 \text{ Punkte} \times 0,107493\text{€} = 1.767,18\text{€}$

Der Wirtschaftlichkeitsbonus wird auch in selektivvertraglichen Fällen (z.B. Fälle der HzV) vergütet. Voraussetzung dafür ist, dass die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM nicht Gegenstand des Selektivvertrages ist. Der Nachweis aller selektivvertraglichen Fälle im Quartal erfolgt anhand der kodierten Zusatznummer 88192.

Sobald Sie Kennnummern (sog. „Ausnahmeziffern“ oder „Befreiungsziffern“) in Ihrer Abrechnung angeben, werden die gemäß EBM zugeordneten Laborleistungen nicht budgetrelevant. Wichtig: Der Behandlungsfall bleibt dennoch relevant für die Ermittlung des WiBo-Fallwertes.

Änderungen beim Ansetzen der Kennnummern

Im Zusammenhang mit der Neugestaltung des Wirtschaftlichkeitsbonus wird sich auch das Ansetzen der Kennnummern ab dem 1. April 2018 grundlegend ändern. Es bleibt zwar grundsätzlich dabei, dass ein Ansetzen der Kennnummern dazu führt, dass die hierdurch ausgelösten Kosten bei der Berechnung des Fallwertes außen vor bleiben. Der Unterschied zu der bisher gültigen Regelung besteht jedoch darin, dass die Ausnahmekennziffern nun an definierte Laboruntersuchungen gekoppelt sind. So werden bei Ansatz einer Kennziffer nicht mehr alle Laborleistungen auf dem Schein eines Patienten von der Berechnung des arztpraxispezifischen Fallwertes ausgenommen, sondern nur noch spezifische. Aus diesem Grund ist es zukünftig auch möglich und notwendig, mehrere Kennnummern je Behandlungsfall anzugeben, sofern mehrere Untersuchungsindikationen vorliegen. Diese müssen nur in der eigenen Praxissoftware dokumentiert werden. Eine Angabe auf dem Laborschein nach Muster 10/10A entfällt somit.

Die Darstellung der Untersuchungsindikationen, Kennnummern und ausgenommen Leistungen wird sich im EBM ab dem Quartal 2/2018 wie folgt gestalten:

Beispiel: Neue Darstellung im EBM ab dem 1. April 2018

Untersuchungsindikation	Kennnummer	Ausgenommene GOPen
Antivirale Therapie der chronischen Hepatitis B oder C mit Interferon und/oder Nukleosidanaloga	32005	32058; 32066; 32070; 32071; 32781; 32823; 32827
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	32014	32137; 32140; 32141; 32142; 32143; 32144; 32145; 32146; 32147; 32148; 32292; 32293; 32314; 32330; 32331; 32332; 32333; 32334; 32335; 32336; 32337

Hieraus lassen sich die Laboruntersuchungen entnehmen, die bei Vorliegen einer bestimmten Untersuchungsindikation bezogen, überwiesen oder eigenerbracht werden können, ohne in die Berechnung des arztpraxispezifischen Fallwertes einbezogen zu werden.

Beispiel: Patient mit der Untersuchungsindikation „Antivirale Therapie der chronischen Hepatitis B oder C mit Interferon und/oder Nukleosidanaloga“

Bei Patient Max Mustermann liegt die Untersuchungsindikation „Antivirale Therapie der chronischen Hepatitis B oder C mit Interferon und/oder Nukleosidanaloga“ vor. Der behandelnde Arzt beauftragt hierzu folgende Laborleistungen:

- freies T4 (GOP 32320)
- Alpha-1-Fetoprotein (GOP 32350)
- HBV-DNA quantitativ (GOP 32823)
- HBs-Antigen (GOP 32781)
- Buprenorphinhydrochlorid (GOP 32137)

Um das Budget zu entlasten, setzt der Arzt die Kennnummer 32005 für die o. g. Untersuchungsindikation an. Während nach der alten Regelung alle Laborleistungen des Patienten damit für die Berechnung der begrenzten Gesamtpunktzahl unberücksichtigt blieben, werden ab dem 1. April 2018 nur die Laborleistungen HBV-DNA quantitativ und HBs-Antigen aus der Berechnung des arztpraxispezifischen Fallwertes ausgenommen, da diese als ausgenommene GOP für die o. g. Untersuchungsindikation im EBM aufgeführt sind.

Liegt bei dem Patienten Max Mustermann ebenfalls die Untersuchungsindikation „Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger gemäß den Richtlinien des G-BA“ vor, kann der veranlassende Arzt zusätzlich die Kennnummer 32014 in seiner Praxissoftware für den Patienten angeben. Dadurch würde die Leistung Buprenorphinhydrochlorid für Max Mustermann ebenfalls nicht in die Berechnung des arztpraxispezifischen Fallwertes einfließen. Die Kennnummern müssen nur einmal im Quartal in der Praxissoftware je Patient angegeben werden, auch wenn der Arzt weitere Laboruntersuchungen im Laufe des Quartals veranlasst.

Eine weitere wichtige inhaltliche Änderung betrifft die Kennnummer 32007. Während diese ehemals bei Vorsorgeuntersuchungen gemäß den Mutterschafts-Richtlinien oder bei prä- bzw. perinatalen Infektionen angesetzt werden konnte, gilt die 32007 zukünftig ausschließlich für Leistungen der Mutterschaftsvorsorge bei **Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung**. Bei Abrechnung der GOP 01770 entfällt diese somit.

Im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge können jedoch auch weiterhin einige Laborleistungen ohne Budgetbelastung bezogen, überwiesen oder eigenerbracht werden, da diese dem Kapitel **1.7.4 EBM** zugeordnet sind. Die Berechnung des arztpraxispezifischen Fallwertes beruht hingegen auf Leistungen der Kapitel 32.2 und 32.3 EBM.

Beispiele zu Laborleistungen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge nach Kapitel 1.7.4 EBM

- TPHA/TPPA-Antikörper-Test
- Rötelnantikörper-Bestimmung mittels Immunoassay
- Untersuchung auf Rötelnantikörper der Klasse IgM mittels Immunoassay
- Blutgruppen- und Rhesusfaktor Bestimmung
- Antikörper-Nachweis

Bitte geben Sie in diesen Fällen die Schwangerschaft auf Muster 10/10A als Diagnose (z. B. Z34G) an. Für prä- bzw. perinatale Infektionen kann für spezifische Laborleistungen zukünftig die Kennnummer 32024 angesetzt werden.

Entfall der Kennnummern 32013, 32016 und 32019

Im Zuge der Laborreform entfallen die Kennnummern 32013 (Diagnostik und Therapie von Fertilitätsstörungen), 32016 (Präoperative Labordiagnostik) und 32019 (Erkrankungen unter systemischer Zytostatika-

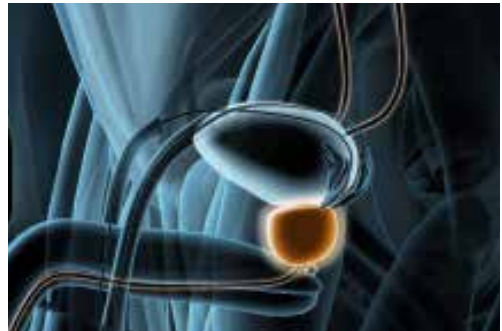
Therapie und/oder Strahlentherapie) zum 1. April 2018. Während die Laborleistungen, die im Rahmen der Diagnostik und Therapie von Fertilitätsstörungen überwiesen bzw. eigenerbracht werden, bei der Berechnung der unteren und oberen begrenzenden Fallwerte berücksichtigt wurden, wird die hinter der Kennnummer 32016 liegende GOP 32125 (präoperative Labordiagnostik) zukünftig grundsätzlich aus den Laborkosten herausgerechnet. Die Kennnummer 32019 wird aufgrund des ähnlichen Leistungsinhalts mit der Kennnummer 32012 (Erkrankungen unter antineoplastischer Therapie oder systemischer Zytostatika-Therapie und/oder Strahlentherapie) zusammengefasst. Die Kennnummer 32012 umfasst ab April 2018 somit auch die Untersuchungsindikationen der bisherigen Kennnummer 32019.

Weitere wichtige Informationen finden Sie auf der Homepage der KBV.

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses, 412. Sitzung, schriftliche Beschlussfassung

Neues Operationsverfahren im EBM: Thulium-Laserresektion

Zum 1. April 2018 wird die Thulium-Laserresektion als weitere Methode zur Behandlung des obstruktiven benignen Prostatasyndroms (OPS-Kodes 5-601.73) in den Anhang 2 des EBM aufgenommen. Die Abrechnung des Eingriffs erfolgt über die bereits bestehende GOP 36289 (Laserendoskopischer urologischer Eingriff) mit einer Schnitt-Naht-Zeit bis zu 45 Minuten sowie dem dazugehörigen Zuschlag nach der GOP 36290 EBM je weitere 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit. Bereits zum 1. April 2016 wurden diese GOP für die Holmium-Laserenukleation und die Holmium-Laserresektion in den EBM aufgenommen. Die Berechnung der GOP 36289 und 36290 setzt eine Genehmigung nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Absatz 2 SGB V zu nichtmedikamentösen, lokalen Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS) mittels Holmium-Laser voraus. Diese Qualitätssicherungsvereinbarung wird ebenfalls zum 1. April 2018 in Bezug auf die Thulium-Laserresektion erweitert und infolgedessen die Bezeichnung geändert. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär zu festen Preisen und beträgt für die GOP 36289 226,60€ und für die GOP 36290 39,13€.



Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses, 411. Sitzung, 19.12.2017

Erweiterung der Abrechnungsbestimmungen für die Verordnung von Soziotherapien und Rehabilitationsmedizin

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 416. Sitzung einen Beschluss zur Berechnungsfähigkeit und Vergütung der Verordnung von Soziotherapie und medizinischer Rehabilitation gefasst. Der Beschluss steht in Zusammenhang mit der Neufassung der Soziotherapie-Richtlinie und der Rehabilitations-Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) im vergangenen Jahr. Mit dem Beschluss können ab dem 1. April 2018 auch Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die Verordnung von Soziotherapie oder medizinischer Rehabilitation abrechnen.

Die GOP für die Verordnung von Soziotherapie und medizinischer Reha sind bereits im EBM enthalten:

GOP	GOP-Bezeichnung	Bewertung in Punkten / €
01611	Verordnung von medizinischer Rehabilitation	302 Pkt. / 32,46€
30810	Erstverordnung Soziotherapie	168 Pkt. / 18,06€
30811	Folgeverordnung Soziotherapie	168 Pkt. / 18,06€

Die KBV konnte in den Verhandlungen erreichen, dass auch die Verordnung von medizinischer Rehabilitation zukünftig zu festen Preisen vergütet wird, sodass alle drei genannten Leistungen befristet extrabudgetär vergütet werden.

Mit dem aktuellen Beschluss des Bewertungsausschusses wurden sie für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geöffnet. Im Einzelnen wurde die Nr. 5 der Präambel 23.1 EBM um die drei GOP ergänzt, eine erste Bestimmung zum Abschnitt 30.8 EBM aufgenommen sowie Anmerkungen in Abschnitt 30.8 EBM gestrichen.

Informationsbroschüre für Psychotherapeuten

Einen kompakten Überblick für Psychologische Psychotherapeuten sowie für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu den neuen Verordnungsbefugnissen im Bereich Rehabilitation, Soziotherapie, Krankenhauseinweisung sowie Krankentransport bietet eine neue Broschüre der KBV. Das Serviceheft „PraxisWissen: Hinweise zur Verordnung für Psychotherapeuten“ wird am 10. April 2018 der PP-Ausgabe des Deutschen Ärzteblatts beigelegt.

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses, 416. Sitzung, schriftliche Beschlussfassung



Entfall von Leistungen



Kündigung des Vertrags zur Verbesserung der patientenorientierten Versorgung in Hamburg mit der Techniker Krankenkasse

Nachdem der Betreuungsstrukturvertrag im vergangenen Jahr bereits durch die DAK und dem BKK-Landesverband beendet wurde, hat nun auch die Techniker Krankenkasse Ihren Vertrag zur Verbesserung der patientenorientierten Versorgung in Hamburg zum 31.03.2018 gekündigt. In diesem Zuge entfallen ab dem 1. April 2018 die kontaktabhängigen Vergütungspauschalen nach den Sondernummern 90040, 90041 und 90042, die in der Vergangenheit, bei Erfüllung der im Vertrag genannten

Bedingungen, von der KVH bei TK-Versicherten hinzugesetzt wurden.

Abrechnungshinweise

Änderung oder Ergänzung von Diagnosen

Eine nachträgliche Änderung oder Ergänzung von Diagnosedaten ist nach § 303 Abs. 4 SGB V nur in solchen Fällen zulässig, in denen die Diagnosen aufgrund technischer Übermittlungs- oder formaler Datenfehler falsch übertragen wurden. Somit dürfen Diagnosen u. a. auch im Rahmen von Unterrichtungen nach §106d Absatz 3 Satz 2 und Anträgen nach §106d Abs. 4 SGB V nicht nachträglich geändert oder ergänzt werden.

Quelle: Ergänzende Regelungen nach §303 Abs.4 SGB V

Postleitzahl-Angabe

Zu den vollständigen Datenangaben im Ersatzverfahren gehört laut Bundesmantelvertrag Ärzte unter anderem die Angabe der Postleitzahl des Wohnortes des Versicherten. Aus gegebenem Anlass möchten wir Ihnen an dieser Stelle noch einmal die Dringlichkeit dieser Angabe darlegen. Gemäß Anlage 21 zum Bundesmantelvertrag Ärzte erfolgt die Zuordnung der bei dem Versicherten erbrachten Leistungen zum Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung nach Maßgabe der auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeicherten Postleitzahl des Wohnortes des Versicherten. Diese Angabe ist entscheidend für den Fremdkassenzahlungsausgleich an die KVHH, der z.B. stattfindet, wenn ein Versicherter mit Wohnort eines anderen Bundeslandes einen Arzt oder Psychotherapeut in Hamburg aufsucht.



Abrechnungshinweise zum Stuhltest „iFOBT“

Ab dem 1. April 2018 wird im EBM klargestellt, dass die Koloskopie gemäß den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien nach der GOP 01741 ausschließlich für die Abrechnung von Früherkennungskoloskopien vorgesehen ist, auf die Versicherte ab dem 55. Lebensjahr zweimal alle zehn Jahre Anspruch haben. Koloskopien, die aufgrund eines positiven Früherkennungstests auf okkultes Blut im Stuhl (iFOBT) durchgeführt werden, gelten als Abklärungskoloskopien und werden deshalb als kurative Darmspiegelung nach der GOP 13421 abgerechnet.

Des Weiteren wurde vom Bewertungsausschuss klargestellt, dass die GOP 01738 (Hämoglobin im Stuhl, immunologisch) nicht zur fachärztlichen Grundversorgung gehört. Ärzte erhalten deshalb ab dem 1. April 2018 keine Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG), wenn Sie im Behandlungsfall die quantitative immunologische Bestimmung von okkultem Blut im Stuhl (iFOBT) im Rahmen der Darmkrebsfrüherkennung abrechnen. Hintergrund ist, dass die Durchführung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM und entsprechender Untersuchungen im Abschnitt 1.7 EBM generell nicht zur Grundversorgung zählen und deshalb von der Berechnungsfähigkeit der PFG ausgeschlossen sind. Dazu zählen auch Früherkennungsuntersuchungen.

Quelle: Beschluss des EBA, 54. Sitzung, 14.03.2018 und Beschluss des BA, 411. Sitzung, 19.12.2017

Psychotherapeutische Sprechstunde wird ab April verpflichtend

Der Einstieg in die psychotherapeutische Versorgung erfolgt ab April verpflichtend für alle Patienten über eine Sprechstunde. Ab 1. April gilt: Erst wenn ein Patient eine Psychotherapeutische Sprechstunde aufgesucht hat, kann mit probatorischen Sitzungen oder einer Akutbehandlung begonnen werden. Vorgeschrieben sind mindestens 50 Minuten.

Ausnahmen gibt es für Patienten, die aufgrund einer psychischen Erkrankung in einer stationären Krankenhausbehandlung oder rehabilitativen Behandlung waren. Sie können auch ohne vorherige Sprechstunde mit probatorischen Sitzungen oder einer Akutbehandlung anfangen. Dies gilt auch, wenn ein Therapeutenwechsel während einer laufenden Therapie erfolgt.

Quelle: Praxisnachrichten KBV vom 22.03.2018

Nachträge zum Quartal 1/2018

Neue Leistungen zum Nachweis der T790M-EGFR-Mutation

Zu Jahresbeginn wurde als sogenannte Companion Diagnostic der Nachweis der T790M-EGFR-Mutation vor der Gabe von Osimertinib (Tagrisso®) in den Abschnitt 19.4.4 EBM aufgenommen.

Der Nachweis ist laut Fachinformation des Arzneimittels Tagrisso® eine zwingend erforderliche Leistung vor Verordnung bei erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht kleinzelligem Lungenkarzinom. Die Fachinformation sieht in diesem Fall auch die Möglichkeit der Bestimmung im Plasma vor.

Die Vergütung der Leistung 19460 erfolgt extrabudgetär.

GOP 19460:

- Nachweis der T790M-EGFR-Mutation in freien Nukleinsäuren
- **3934 Punkte / 422,88 € / zweimal im BHF**
- Höchstens viermal im KHF abrechenbar
- Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 19460 setzt die Anwendung eines validierten Verfahrens voraus, für das anhand von Vergleichsproben Nachweisgrenzen von $\leq 1\%$ für Mutationen in den Exonen 18 bis 21 und die T790M-Mutation im EGFR-Gen belegt werden können
- Die Leistung ist nicht für das Therapiemonitoring berechnungsfähig

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses, 411. Sitzung, 19.12.2017

Medikationsplan – GOP 01630

Seit dem 01.01.2018 kann die GOP 01630 (Zuschlag für die Erstellung eines Medikationsplans) auch dann von Fachärzten abgerechnet werden, wenn sie für einen Patienten in einem der drei Vorquartale bereits den Zuschlag zur Grundpauschale für den Medikationsplan erhalten haben (dieser wird von der KV zugesetzt).

Die GOP 01630 erhalten Fachärzte für onkologische Patienten, Schmerzpatienten sowie Patienten mit einer Organtransplantation, wenn sie die fachgruppenspezifische Zusatzpauschale Onkologie, die GOP 30700 bzw. die fachgruppenspezifische Zusatzpauschale für die Behandlung eines Transplantatträgers abrechnen.

Die Vergütung beträgt 4,19€ je Leistung und erfolgt extrabudgetär.

Beispiel:

Ein Gastroenterologe rechnet für einen Patienten seit Januar 2018 die fachgruppenspezifische Zusatzpauschale Onkologie ab. Infolge der Krebserkrankung benötigt der Patient nunmehr drei oder mehr Medikamente, weshalb der Arzt einen Medikationsplan ausstellt. Seit dem 01.01.2018 darf er dafür die GOP 01630 abrechnen, obwohl er in den Vorquartalen für diesen Patienten ggf. den Zuschlag zur Grundpauschale (GOP 13397) erhalten hat. Der Zuschlag ist dann in den drei Quartalen, die der Berechnung der Einzelleistung (GOP 01630) folgen nicht berechnungsfähig. Anschließend erhält der Facharzt wieder den Zuschlag pauschal für die Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplans.

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses, 411. Sitzung Teil C, 19.12.2017

Ergänzende Information zum Ultraschall-Screening von Bauchaortenaneurysmen

An dieser Stelle möchten wir noch eine Information zur Vergütung für das Screening zur Früherkennung von Bauchaortenaneurysmen nachreichen. Im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung können bei Bedarf auch weitere Organe des Abdomens sonographisch untersucht werden. In diesen Fällen kann die GOP 01748 neben der GOP 33042 (Sonographie Abdomen) berechnet werden. Aufgrund sich über-

schneidender Leistungsinhalte ist jedoch ein Abschlag von 77 Punkten auf die GOP 33042 vorzunehmen. Zur Kennzeichnung dieser Fälle wurde nun die bundeseinheitliche, kodierte Zusatzziffer 33042A aufgenommen, für die auch eine reduzierte Prüfzeit (fünf statt neun Minuten) gilt.

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses, 410. Sitzung, schriftliche Beschlussfassung

AOK Rheinland/Hamburg übernimmt Kosten für tetravalente Grippeimpfstoffe

Die AOK Rheinland Hamburg übernimmt ab dem 19.01.2018 für ihre Versicherten die Kosten für eine Impfung mit tetravalentem Grippeimpfstoff. Hierzu wurde die bestehende Vereinbarung zwischen der AOK Rheinland/Hamburg und der KV Hamburg für Auslands-Schutzimpfungen um die Impfung mit teravalentem Grippeimpfstoff ergänzt. Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte können diese Impfung über die Sondernummer 89731 abrechnen und erhalten je Einfachimpfung eine Vergütung in Höhe von 12,00€.

Quelle: Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung von Impfleistungen im Rahmen von Auslandsreisen zwischen der KV Hamburg und der AOK Rheinland/Hamburg

Intravitreale Medikamentengabe wird besser vergütet

Rückwirkend zum 1. Januar 2018 werden die Leistungen der intravitrealen Medikamentengabe höher bewertet, um die Beratung und Betreuung der Patienten besser zu vergüten. Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

GOP	Alt: Bewertung bis 31.12.2017	Neu: Bewertung ab 01.01.2018
Intraokularer Eingriff ambulant		
31371	1.618 Punkte / 173,92€	1.683 Punkte / 180,91€
31372	1.618 Punkte / 173,92€	1.683 Punkte / 180,91€
31373	2.130 Punkte / 228,96€	2.216 Punkte / 238,20€
Intraokularer Eingriff belegärztlich		
36371	772 Punkte / 82,98€	807 Punkte / 86,75€
36372	772 Punkte / 82,98€	807 Punkte / 86,75€
36373	1.018 Punkte / 109,43€	1.065 Punkte / 114,48€
Kontrolle nach Injektion		
6334	100 Punkte / 10,75€	129 Punkte / 13,87€
6335	100 Punkte / 10,75€	129 Punkte / 13,87€

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses, 413. Sitzung, 31.01.2018

Leistungen zur Hörgeräteversorgung neu bewertet

Zum 1. Januar 2018 wurde die Bewertung für Leistungen der Hörgeräteversorgung von Jugendlichen und Erwachsenen erhöht und entfristet, sodass die Leistungen nun dauerhaft zur Verfügung stehen. Grund hierfür ist der Mehraufwand, der mit dem Einsatz des Freiburger Einsilbertests mit Störgeräuschen verbundenen ist. Dieser kann seit Februar 2017 von HNO-Ärzten, Pädaudiologen und Phoniatern eingesetzt werden, um den Erfolg der Hörgeräteversorgung zu überprüfen. Die Vergütung der Leistungen erfolgt weiterhin innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.



GOP	Alt: Bewertung bis 31.12.2017	Neu: Bewertung ab 01.01.2018
09372 / 20372 Hörgeräteversorgung bei Jugendlichen und Erwachsenen	469 Punkte 50,41 €	494 Punkte 53,10 €
09373 /20373 Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach Hörgeräteversorgung bei Jugendlichen und Erwachsenen	401 Punkte 43,10 €	523 Punkte 56,22 €
09374 / 20374 Zusatzpauschale für die Nachsorge(n) bei Hörgeräteversorgung	347 Punkte 37,30 €	452 Punkte 48,59 €

Hinweis: Die GOP 20338 bis 20340 für die Hörgeräteversorgung bei einem Säugling, Kleinkind oder Kind wurden nicht angepasst, weil die Messung im Störfall bereits in den Leistungen enthalten und der Freiburger Einsilbertest für diese Altersgruppen nur bedingt geeignet ist.

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses, 411. Sitzung, 19.12.2017

Herzschrittmacherkontrolle: Übergangsregelung für Genehmigung verlängert

Da die Beratungen zu den erforderlichen Qualitätssicherungsvereinbarungen noch andauern, wurde die Übergangsregelung für Leistungen zur Herzschrittmacherkontrolle im EBM erneut verlängert. Ärzte können die Leistungen nach den GOP 04413, 04415, 13573 und 13575 sowie 04414, 04416, 13574 und 13576 demnach noch bis zum 30.06.2018 (vorher: 31.12.2017) ohne eine entsprechende Genehmigung der KVH abrechnen.

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses, 411. Sitzung, 19.12.2017

Humangenetische Beurteilung: GOP 11235 und 11236

Da die Verhandlungen über eine entsprechende Qualitätssicherungsvereinbarung noch nicht abgeschlossen sind, wird die im EBM angegebene Frist für die Berechnungsfähigkeit der GOP 11235 und 11236 ohne Vorliegen einer Genehmigung bis zum 31.12.2018 verlängert. Die Leistungen sind somit bis zu diesem Zeitpunkt ohne durch die KVH erteilte Genehmigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V abrechenbar.

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 411. Sitzung Teil A, 19.12.2017

Impressum

KVH Abrechnungs-Newsletter

Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

Namentlich gezeichnete Artikel geben die Meinung des Autors und nicht unbedingt die des Herausgebers wieder.

VISDP: Walter Plassmann

Redaktion: Abrechnungsabteilungen: J.Hartmann, J. Gräpel, J. Hoffmann

Tel: 040 / 22802 - 381, E-Mail: jasmin.hartmann@kvvh.de

Layout und Satz: Melanie Vollmert; Bilder: fotolia © cirquedesprit, Photographee.eu, HNFOTO, Henrik Dolle, HANK, Alexander Raths, everythingpossible

Ausgabe 2/2018 (April 2018)

Mit den in diesem Newsletter verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen sind, auch wenn sie nur in einer Form auftreten, gleichwertig beide Geschlechter gemeint.