

Aktuelle Informationen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für das Quartal 4/2017

Sehr geehrte Mitglieder,

insgesamt werden zum Quartal 4/2017 vierundzwanzig neue Leistungen in den EBM aufgenommen. Hierbei handelt es sich um Leistungen der Substitutionsbehandlung, der Palliativmedizin, der Lasertechnik und der Kardiologie. Ebenfalls werden wir Ihnen die GOP vorstellen, die im Zuge der Einführung neuer Leistungen ab dem 1. Oktober 2017 nicht länger berechnungsfähig sind.

Bitte beachten Sie, dass nach der Veröffentlichung des Newsletters weitere Neuerungen, die das Quartal 4/2017 betreffen, in Kraft treten können. Hierzu finden Sie dann nähere Informationen auf unserer Website unter dem Menüpunkt „Newsletter“. An dieser Stelle können Sie sich auch gern für unseren Newsletter anmelden, sodass Sie diesen jedes Quartal automatisch an Ihre Mailadresse geschickt bekommen.

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.

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

Wir wünschen Ihnen viel Spaß mit dem Newsletter

Ihre Abrechnungsabteilungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Themen:

- Neue Leistungen in der Substitutionsbehandlung
- Neue Leistungen in der Palliativmedizin
- Epilation mittels Lasertechnik
- Differenzierte Vergütung für die Kontrolle der Schrittmachersysteme
- Gestrichene Leistungen
 - o Untersuchung von occultem Blut - GOP 32040 und 40150
 - o Kontrolle bei kardiologischen Aggregaten
- Abrechnungshinweise
 - o Neues Formular zur Verordnung häuslicher Krankenpflege
 - o Wirkstoffvereinbarung
- Nachträge zum Quartal 3/2017
 - o Rezidivprophylaxe und Bezugsperson bei Langzeitpsychotherapie
 - o Analytische und Tiefenpsychologische Gruppentherapien KZT + LZT (2 Teilnehmer)
 - o Abrechnung geschlechtsspezifischer GOP

Neue Leistungen in der Substitutionsbehandlung

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben sich auf wesentliche Änderungen bei der Behandlung von opiatabhängigen Patienten geeinigt. Hierzu wurden zwei neue Gebührenordnungspositionen (GOP) in den Abschnitt 1.8 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) aufgenommen.

GOP 01949:

- Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger nach den Richtlinien des G-BA im Rahmen einer Take-Home-Vergabe gem. § 5 Abs. 9 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMwV)
- 69 Punkte / 7,42€ je Behandlungstag
- Höchstens zweimal in der Behandlungswoche berechnungsfähig
- Kommt der Take-Home-Patient jedoch öfter in die Praxis, kann dieser Kontakt bei Vorliegen einer medizinischen Begründung über die GOP 01950 zusätzlich abgerechnet werden

GOP 01960:

- Konsiliarische Untersuchung und Beratung eines Patienten im Rahmen des Konsiliariumsverfahrens gemäß § 5 Abs. 4 Betäubungsmittelverschreibungsverordnung
- 90 Punkte / 9,67€ im BHF
- Kann ausschließlich von suchtmmedizinisch qualifizierten Ärzten abgerechnet werden

Beide Leistungen werden extrabudgetär vergütet. Eine weitere wesentliche Änderung besteht darin, dass die Substitutionsbehandlung nun auch im Rahmen von Hausbesuchen (GOP 01410 und 01413) erfolgen kann, sofern bei dem Patienten eine chronische Pflegebedürftigkeit vorliegt, die eine Substitutionsbehandlung in der Arztpraxis nicht zulässt.

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses, 397. Sitzung vom 21. Juni 2017



Neue Leistungen in der Palliativmedizin



Ab dem 4. Quartal 2017 können Hausärzte und auch die meisten Fachärzte die neuen palliativmedizinischen Leistungen aus dem Kapitel 37.3 EBM abrechnen. Für einige Leistungen ist eine Abrechnungsgenehmigung der KV sowie die Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä erforderlich. Weitere Voraussetzungen bestehen darin, dass der Patient nach Kenntnis des teilnehmenden Arztes nicht gleichzeitig Leistungen im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), mit Ausnahme der Beratungsleistung, erhält und bei ihm die Kriterien gemäß § 2 der Anlage 30 zum BMV-Ä vorliegen. Die Vergütung dieser Leistungen erfolgt extrabudgetär.

Folgende GOP dürfen nur von Vertragsärzten berechnet werden, die die Voraussetzungen gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä erfüllen:

GOP 37300 – Palliativmedizinische Ersterhebung:

- 392 Punkte / ca. 42,14 € / einmal im KHF
- Angelehnt an die GOP 03370 und 04370 mit darüber hinausgehenden Leistungsinhalten, wie z.B. das Assessment in fünf verschiedenen Bereichen
- Kann nur von einem an der Behandlung teilnehmenden Vertragsarzt berechnet werden

GOP 37302 – Koordinationspauschale:

- 275 Punkte / ca. 29,56 € / einmal im BHF
- Zuschlag zur Versicherten- bzw. Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt gem. Anlage 30 zum BMV-Ä
- Honorierung der Koordination von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie der palliativmedizinischen/pflegerischen Versorgung
- Neben der GOP 37302 können im BHF keine Leistungen des Abschnitts 37.2 EBM abgerechnet werden

GOP 37317 - Telefonische Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft in kritischen Phasen:

- 1.425 Punkte / ca. 153,18 € einmal im KHF
- Zuschlag zur GOP 37302
- Vorhaltung einer telefonischen Erreichbarkeit des koordinierenden Arztes u. a. für Patienten, Familienangehörige und Pflegekräfte
- Erreichbarkeit muss zuvor zwischen dem Arzt und dem Patienten bzw. den Angehörigen oder anderen Begleitern abgestimmt werden
- Der Zeitraum für die Vorhaltung der Erreichbarkeit/Besuchsbereitschaft liegt im Ermessen des koordinierenden Arztes

GOP 37318 – Telefonische Beratung von mindestens 5 Minuten Dauer:

- 213 Punkte / ca. 22,90 € / je Telefonat
- Telefonate mit dem Bereitschaftsdienst, Angehörigen, Pflegepersonal und/oder Krankenhaus
- Ausgeschlossen sind Telefonate mit dem Patienten, denn diese sind Bestandteil der Versicherten-/Grundpauschale bzw. über die GOP 01100 / 01101 berechnungsfähig
- Außerhalb der Sprechstundenzeiten zwischen 19 und 7 Uhr und ganztätig an Wochenenden/Feiertagen
- Im BHF auch neben der Versicherten-/Grundpauschale berechnungsfähig

Folgende GOP dürfen von allen an der Versorgung eines Palliativpatienten beteiligten Vertragsärzten berechnet werden:

GOP 37305 – Zuschlag zu den GOP 01410 (Besuch) und 01413 (Mitbesuch):

- 124 Punkte / ca. 13,33 € / je vollendete 15 Minuten
- Höchstwert 744 Punkte am BHT (=1,5 Std.)
- Zuschlag entspricht den GOP 03371 / 04371

GOP 37306 – Zuschlag zu den GOP 01411, 01412 und 01415 (Dringende Besuche):

- 124 Punkte / ca. 13,33 € / je Besuch
- Zuschlag entspricht den GOP 03372 / 04372

GOP 37320 - Fallkonferenz gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä:

- 64 Punkte / ca. 6,88 € / höchstens fünfmal im KHF
- Für patientenorientierte Fallbesprechungen (auch telefonisch) unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen und / oder weiterer komplementärer Berufe sowie mit Pflegekräften beziehungsweise Angehörigen

Diese GOP kann nur von einem konsiliarisch tätigen Arzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin berechnet werden:

GOP 37314 - Konsiliarische Erörterung durch Arzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin:

- 106 Punkte / ca. 11,39 € / einmal im BHF
- Für die ggf. erforderliche konsiliarische Erörterung und Beurteilung komplexer medizinischer Fragestellungen durch einen Arzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin, der jedoch mangels persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt keine Versicherten- beziehungsweise Grundpauschale abrechnet

Epilation mittels Lasertechnik

Die Epilation mittels Lasertechnik kann ab 1. Oktober 2017 bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus im Rahmen geschlechtsangleichender Maßnahmen als vertragsärztliche Leistung über den EBM abgerechnet werden. Die Berechnung setzt eine Begutachtung voraus, aus der hervorgeht, dass die medizinische Indikation zur Durchführung geschlechtsangleichender Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10-GM: F64.0) besteht. Die insgesamt vier neuen GOP können von Hautärzten, Chirurgen und Gynäkologen berechnet werden und werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt.

GOP 02325 – Epilation mittels Lasertechnik im Gesicht und/oder am Hals:

- 88 Punkte / ca. 9,46 €
- Epilation von mindestens 5 Minuten Dauer

GOP 02327 – Zuschlag zur GOP 02325:

- 70 Punkte / ca. 7,52 €
- Je weitere vollendete 5 Minuten Dauer

Die GOP 02325 und 02327 sind in Summe am Behandlungstag höchstens viermal (entsprechend 20 Minuten) und im Krankheitsfall höchstens 32-mal (entsprechend 160 Minuten beziehungsweise ca. 8 Sitzungen) berechnungsfähig

GOP 02326 – Epilation mittels Lasertechnik an einer Hand und/oder den Händen:

- 88 Punkte / ca. 9,46 €
- Epilation von mindestens 5 Minuten Dauer

GOP 02328 – Zuschlag zur GOP 02326:

- 70 Punkte / ca. 7,52 €
- Je weitere vollendete 5 Minuten Dauer

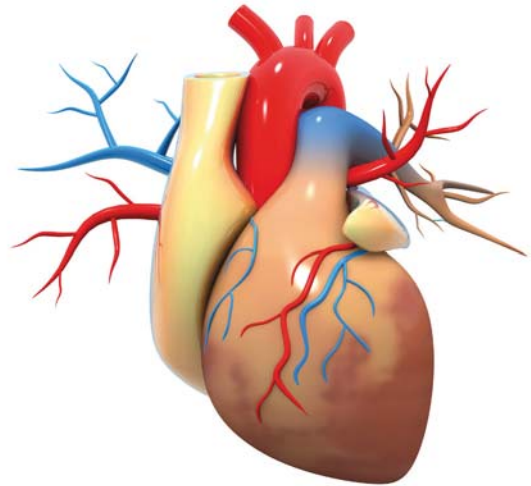
Die GOP 02326 und 02328 sind in Summe am Behandlungstag höchstens viermal (entsprechend 20 Minuten) und im Krankheitsfall höchstens 32-mal (entsprechend 160 Minuten) beziehungsweise ca. 8 Sitzungen berechnungsfähig.



Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses, 398. Sitzung vom 25. Juli 2017

Differenzierte Vergütung für die Kontrolle der Schrittmachersysteme

Zum Quartal 4/2017 wird die Abrechnungssystematik bei Schrittmachersystemen reformiert. Die Neuerung besteht im Wesentlichen darin, dass die telemedizinische und konventionelle Funktionsanalyse von Schrittmachersystemen nach den Aggregattypen Herzschrittmacher, Kardioverter/Defibrillatoren und Systeme zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D) differenziert werden. Hierfür werden in den EBM-Kapiteln 4 (Pädiatrie) und 13 (Innere Medizin, Kardiologie) jeweils drei neue GOP für die konventionelle Funktionsanalyse und zwei GOP für die telemedizinische Funktionsanalyse aufgenommen. Zeitgleich werden die bisherigen GOP 04417, 04418, 13552 und 13554 gestrichen. Die Bewertung der neuen GOP ist abhängig vom Aggregattyp, nicht jedoch von der Art der Funktionskontrolle (konventionell oder telemedizinisch). Wie bisher sind die pädiatrischen Leistungen höher bewertet als die Leistungen für Erwachsene. Die Vergütung erfolgt –analog zu den bisherigen GOP – innerhalb der MGV.



Überblick zu den neuen und alten GOP:

Art der Funktionskontrolle	Bisherige GOP (bis 30.09.2017)		Neue GOP (ab 01.10.2017)		Abrechnungshinweise	
	GOP	Bewertung (Punkte)	GOP	Bewertung (Punkte)		
konventionell	13552 (Schrittmacher, Kardioverter/Defibrillator, CRT)	279	13571 (Schrittmacher)	189 20,32 €	<ul style="list-style-type: none"> • Genehmigung der KV erforderlich • max. 5 mal im KHF 	
			13573 (Kardioverter/Defibrillator)	350 37,62 €		<ul style="list-style-type: none"> • Genehmigung der KV erforderlich • 13573 und 13574 in Summe max. 5 mal im KHF
			13575 (CRT)	431 46,33 €		
telemedizinisch	13554 overter/Defibrillator, CRT)		13574 (Kardioverter/Defibrillator)	350 37,62 €	<ul style="list-style-type: none"> • Berechnung setzt im KHF min. eine Funktionsanalyse gem. der GOP 13573 voraus • Genehmigung der KV erforderlich • 13573 und 13574 in Summe max. 5 mal im KHF 	
			13576 (CRT)	431 46,33 €		<ul style="list-style-type: none"> • Berechnung setzt im KHF min. eine Funktionsanalyse gem. der GOP 13575 voraus • Genehmigung der KV erforderlich • 13575 und 13576 in Summe max. 5 mal im KHF

konventionell	04418 (Schrittmacher, Kardioverter/Defibrillator, CRT)	511	04411 (Schrittmacher)	347 37,30 €	<ul style="list-style-type: none"> • Genehmigung der KV erforderlich • max. 5 mal im KHF
			04413 (Kardioverter/Defibrillator)	641 68,90€	<ul style="list-style-type: none"> • Genehmigung der KV erforderlich • 04413 und 04414 in Summe max. 5 mal im KHF
			04415 (CRT)	789 84,81 €	<ul style="list-style-type: none"> • Genehmigung der KV erforderlich • 04415 und 04416 in Summe - max. 5 mal im KHF
tele-medizinisch	04417 overter/Defibrillator, CRT)		04414 (Kardioverter/Defibrillator)	641 68,90€	<ul style="list-style-type: none"> • Berechnung setzt im KHF min. eine Funktionsanalyse gem. der GOP 04413 voraus • Genehmigung der KV erforderlich • 04413 und 04414 in Summe max. 5 mal im KHF
			04416 (CRT)	789 84,81 €	<ul style="list-style-type: none"> • Berechnung setzt im KHF min. eine Funktionsanalyse gem. der GOP 04415 voraus • Genehmigung der KV erforderlich • 04415 und 04416 in Summe max. 5 mal im KHF

Hinweis zur Abrechnung:

Bis zum 31. Dezember 2017 sind die GOP 13573 bis 13576 und 04413 bis 04416 auch ohne die Genehmigung gemäß der Vereinbarung zur Funktionsanalyse von Kardiovertern bzw. Defibrillatoren und Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V berechnungsfähig.

Die GOP 13571 und 13573 bis 13576 sind nur berechnungsfähig, sofern die Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt am 30. Juni 2017 über eine Genehmigung zur Durchführung von Funktionsanalysen von Herzschrittmachern, Kardiovertern bzw. Defibrillatoren und Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie gemäß der Vereinbarung zur Herzschrittmacherkontrolle gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen. Die GOP 13574 und 13576 sind zudem von Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunkt nur berechnungsfähig, sofern die telemedizinischen Funktionsanalysen von Kardiovertern bzw. Defibrillatoren und/oder Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie im Zeitraum bis 30. Juni 2017 in mindestens zwei Quartalen abgerechnet wurden.

Bei Vertragsärzten, die ihre Tätigkeit unter mehreren Schwerpunktbezeichnungen ausüben und Leistungen der Abschnitte 4.4, 4.5 sowie 13.3 nebeneinander abgerechnet werden, wird die Punktzahl sowie die Prüfzeit um 10% vermindert. In diesem Fall wird die abgerechnete Leistung mit dem Buchstaben-Suffix „I“ gekennzeichnet. Bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine Strahlentherapie durchgeführt wird, kennzeichnen Sie die abgerechneten Leistungen mit dem Buchstaben-Suffix „J“. Also rechnen Sie z.B. bei Versicherten bei denen eine konventionelle Funktionskontrolle des Schrittmachers durchgeführt wird und zeitgleich eine Strahlentherapie stattfindet die GOP 13571J ab. Bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine Strahlentherapie durchgeführt wird, dürfen die Leistungen mit einer Begründung auch häufiger als fünfmal im KHF abgerechnet werden. Als Begründung ist der ICD-10-Kode der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben. Wenn beide der o.g. Voraussetzungen erfüllt sind, wird die abgerechnete Leistung mit dem Buchstaben-Suffix „K“ gekennzeichnet.

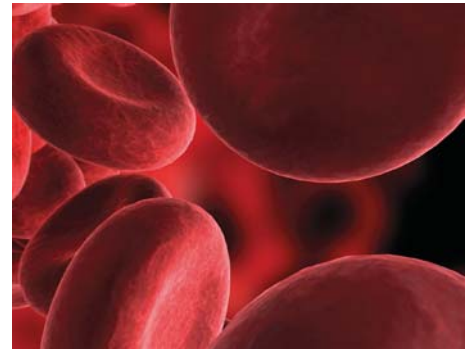
Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 397. Sitzung vom 21. Juni 2017, Teil B

Gestrichene Leistungen

Untersuchung von occultem Blut - GOP 32040 und 40150

Nach der Aufnahme der GOP 32457 zur Bestimmung von occultem Blut im Stuhl mit Wirkung zum 1. April 2017 wird der Gujak-basierte Nachweis von occultem Blut im Stuhl nach der GOP 32040 als weniger sensitives und weniger spezifisches Verfahren nach einer Übergangsfrist von sechs Monaten abgelöst werden. Die GOP 32040 sowie die Kostenpauschale 40150 für ausgegebene aber nicht zurück erhaltene Testbriefe des Gujak-basierten Verfahrens werden mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 gestrichen.

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 389. Sitzung



Kontrolle bei Herzschrittmachern – GOP 13552, 13554, 04418 und 04417 + Suffixe I, J und K

Die bisherigen Leistungen für die telemedizinische und konventionelle Funktionsanalyse von Schrittmachersystemen werden mit der ab dem 1. Oktober 2017 geänderten Abrechnungssystematik gestrichen. Informationen zu den neuen Leistungen finden Sie unter dem Thema „Differenzierte Vergütung für die Kontrolle der Schrittmachersysteme“ in diesem Newsletter.

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 397. Sitzung

Abrechnungshinweise

Neues Formular zur Verordnung häuslicher Krankenpflege

Ab dem Quartal 4/2017 steht ein neues Verordnungsformular für die häusliche Krankenpflege zur Verfügung. Das Muster 12 ist anwenderfreundlicher gestaltet und enthält nun ein Ankreuzfeld für die Unterstützungspflege. Bitte beachten Sie, dass bis zum 30. September 2017 das alte Formular genutzt werden muss, auch wenn sich die Verordnung auf einen späteren Zeitraum bezieht. Ab dem 1. Oktober 2017 darf dann nur noch das neue Muster 12 verwendet werden.

Quelle: PraxisNachrichten vom 18.05.2017

Wirkstoffvereinbarung



Bereits seit dem 1. Januar 2017 sind die Symbolnummern zur Kennzeichnung von Praxisbesonderheiten bei Arzneimitteln nicht mehr anzugeben.

Quelle: Telegramm der KVH vom 11.01.2017, Ausgabe 41

Nachträge zum Quartal 3/2017

Rezidivprophylaxe und Bezugsperson bei Langzeitpsychotherapie

Rückwirkend zum 3. Quartal 2017 wird die Rezidivprophylaxe sowie die Einbeziehung einer Bezugsperson bei einer Langzeit-Psychotherapie berücksichtigt. Die GOP 35405 (Tiefenpsychologische Psychotherapie), 35415 (Analytische Psychotherapie) und 35425 (Verhaltenstherapie) werden somit mit dem Buchstaben-Suffix „R“ im Rahmen einer Rezidivprophylaxe oder mit dem Buchstaben-Suffix „U“ im Rahmen einer Rezidivprophylaxe unter Einbeziehung einer Bezugsperson gekennzeichnet.

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 396. Sitzung „Psychotherapie, Teil B“

Analytische und Tiefenpsychologische Gruppentherapien KZT + LZT (2 Teilnehmer)

Zum 3. Quartal 2017 wurden die GOP 80502, 80512, 80522 sowie 80532, welche seit dem 01.04.2017 gültig waren, wieder gestrichen und nicht ersetzt. Somit ist die tiefenpsychologische und analytische Gruppentherapie für lediglich zwei Teilnehmer seit dem Quartal 3/2017 nicht mehr abrechenbar. Die verhaltenstherapeutische Gruppentherapie für nur zwei Teilnehmer, die vor der Einführung der neuen Psychotherapie-Richtlinie am 01.04.2017 beantragt wurde, ist jedoch weiterhin mit den GOP 80542 und 80552 abrechenbar.

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung



Abrechnung geschlechtsspezifischer GOP

Mit einer Änderung der Nr. 4.2.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM wird die Abrechnung geschlechtsspezifischer GOP allgemeiner gefasst, indem geschlechtsspezifische GOP ausgehend von dem organbezogenen Befund (z.B. bei Vorliegen von Testes, Ovarien, Prostata) unabhängig von der personenstandsrechtlichen Geschlechtszuordnung bei Intersexualität und Transsexualität berechnungsfähig sind. Ohne Kennzeichnung „X“ für das unbestimmte Geschlecht auf der elektronischen Gesundheitskarte ist bei den genannten Personen die entsprechende Leistung mit einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu versehen. Hierzu wurde zum Quartal 3/2017 die Pseudoziffer 88150 eingeführt. Die GOP wird voraussichtlich ab dem Quartal 4/2017 im Praxisverwaltungssystem hinterlegt sein. Bis dahin kann sie manuell eingegeben werden. Als Begründung ist der ICD-10-Code für Transsexualität bzw. Intersexualität anzugeben.

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses, 398. Sitzung am 25.07.2017, Teil A

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: jasmmin.hartmann@kvvh.de

Layout und Satz: Melanie Vollmert; Bilder: © Michael Zapf, fotolia: djama, Maksymiv Iurii, hywards, Photographee.eu, Soonthorn, sebastian kaulitzki

Ausgabe 3/2017 (September 2017)

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