

Themen:

Neuerungen

- Fachgruppenübergreifend: Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie
- Fachübergreifend: Darmkrebs-Früherkennung
- Fachgruppenübergreifend: Neufassung des Vertrages zu Asthma bronchiale und COPD
- Fachübergreifend: Verordnung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege
- Hausärzte: Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie bei DAK-Versicherten
- Humangenetiker: Neue Leistungen zur Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Reproduktionsmedizin
- Laborärzte: Aufnahme von zwei neuen Laborleistungen
- Nuklearmediziner und Radiologen: PET/CT ab April auch zum initialen Staging eines Hodgkin-Lymphoms

Abrechnungshinweise

Fachgruppenübergreifend:

- Abrechenbarkeit von postoperativen Leistungen
- Neues Formular für die Krankenförderung
- Neue Version des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS)

Nachträge zum Quartal 1/2019

Fachgruppenübergreifend:

- Konkretisierte Abrechnungsbestimmungen zum Zweitmeinungsverfahren
- Ergänzende Hinweise zur Stoßwellentherapie bei Fersensporn

Frauenärzte

- Rückwirkende Erhöhung der Bewertung der Geburtshilfe

Ausblick

- Fachgruppenübergreifend: Impfung gegen Herpes-Zoster

Neuerungen

Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie

Wie bereits im Newsletter 1/2019 angekündigt, wurde nun der EBM an die neue Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie angepasst. Das bedeutet, dass ab dem 1. April 2019 nun auch jüngere Versicherte zwischen dem 18. und dem 35. Lebensjahr einmalig den Check-up erhalten können. Da gesundheitliche Risiken und Belastungen im Rahmen der neuen Richtlinie stärker als zuvor erfasst und bewertet werden müssen, wurde in diesem Zusammenhang auch die Bewertung der Leistung von 33,27 € (303 Punkte) auf 35,14 € (320 Punkte) erhöht. Auch die Kalkulations- und Prüfzeit wurde um jeweils eine Minute angehoben. Die Abrechnung erfolgt weiterhin mittels der GOP 01732 EBM.

Ursprünglich hatte die KBV im Zusammenhang mit dem Beschluss vom 29. März 2019 mitgeteilt, dass die Bestimmungen der neuen Richtlinie gelten, sobald die neue Richtlinie im EBM umgesetzt wurde. Damit wurde festgelegt, dass ab dem 1. April 2019 alle Patienten unter der Maßgabe der neuen Untersuchungsfrequenz von drei Jahren zu untersuchen sind. Demnach hätte ein Patient, der im Jahr 2017 zum Check-up in der Praxis war, erst wieder im Jahr 2020 Anspruch auf eine Gesundheitsuntersuchung gehabt.

Wie wir am 9. April von der KBV erfahren haben, hat sich die KBV mit dem GKV-Spitzenverband in puncto Untersuchungsintervalle für Versicherte ab 35 Jahre bei der neu gestalteten Gesundheitsuntersuchung nun aber doch auf eine Übergangsregelung verständigt. Danach ist es möglich, dass für Versicherte über 35 Jahren,

bei denen im Jahr 2017 eine Gesundheitsuntersuchung durchgeführt wurde, der nächste Check-Up bis zum 30. September 2019 terminiert sein kann. Sofern Sie bereits entsprechende Termine vereinbart haben, müssen Sie diese nicht auf 2020 verschieben. Für alle gesetzlich Versicherten ab 35, bei denen die letzte Gesundheitsuntersuchung im Jahr 2018 (und später) stattgefunden hat, gilt das neue dreijährige Untersuchungsintervall.

Nicht zuletzt aufgrund der Intervention der KVH ist die KBV auf den GKV-Spitzenverband zugegangen, um diese aus Sicht der KVH sinnvolle Übergangsregelung zu vereinbaren. Nach Bekanntgabe am 29.3. und Inkrafttreten der neuen GU-RL am 1.4. war ursprünglich keine Übergangsregelung bezüglich des dreijährigen Untersuchungsintervalls vorgesehen, so dass wir bis zum 9.4. eine entsprechende Information herausgeben mussten. Insofern ist hierzu unsere Meldung im Newsletter vom 5.4. (Thema: Gesundheitsuntersuchung – 2. Absatz) sowie die Meldung auf der Homepage vom 3.4. (1. und 2. Absatz) gegenstandslos.

Labor

Im Rahmen der Änderung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie wurde ebenfalls die Aufnahme weiterer Laboruntersuchungen notwendig. Zu diesem Zweck wurde die GOP 32882 um die gemäß Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie zusätzlichen Untersuchungen auf Triglyzeride, HDL-Cholesterin und LDL-Cholesterin ergänzt und deren Bewertung von 0,25 € auf 1,00 € erhöht. Der Harnstreifen-

test im Zusammenhang mit der Gesundheitsuntersuchung wird weiterhin mittels der GOP 32880 berechnet.

Aufnahme einer neuen Leistung zur Abbildung des Harnstreifentests in kurativen Fällen
Bislang war die Abrechnung der GOP 32030 (Orientierende Untersuchung) neben der Gesundheitsuntersuchung ausgeschlossen. Grund hierfür war, dass die orientierende Untersuchung auch die kurative Harnteststreifenuntersuchung umfasste. Um die Berechnung der über die Untersuchung mit dem Urin-Stix hinausgehenden kurativen orientierenden Untersuchung nach GOP 32030 neben der Urin-Untersuchung im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung zu ermöglichen, wurde eine eigene kurative Harnteststreifenuntersuchung aufgenommen. Es handelt sich hierbei um die GOP 32033, die mit 0,50 € bewertet ist. Sie kann in derselben Sitzung nicht neben der GOP 01732 und nicht neben den mit der Gesundheitsuntersuchung zusammenhängenden Laboruntersuchungen nach den GOP 32880 bis 32882 abgerechnet werden. Daraus folgt, dass die orientierende Untersuchung nach der GOP 32030 ab dem 01.04.2019 nicht mehr für den kurativen Harnstreifentest berechnet werden kann.

Auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses steht Ihnen die neue Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie zum Download zur Verfügung.

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 435. Sitzung vom 29.03.2019

Darmkrebs-Früherkennung

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 19. Juli 2018 die Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) mit einem Besonderen Teil II. für das Darmkrebsscreening beschlossen. Nachdem die Richtlinie am 19. Oktober 2018 in Kraft getreten ist, folgt ab dem 19. April 2019 die Anwendung der Regelungen gemäß §§1 bis

14 des Besonderen Teils – Programm zur Früherkennung von Darmkrebs im EBM. Hierzu werden spezifische Regelungen zum Darmkrebsscreening von der Krebsfrüherkennungsrichtlinie (KFE-RL) in die Richtlinie oKFE-RL überführt. Neu ist hierbei, dass die GOP 01740 ab dem 19. April 2019 bereits bei Versicherten ab 50 Jahren und nicht mehr erst ab

55 Jahren berechnungsfähig ist. Zudem wird dann auch die Bewertung der GOP 01740 aufgrund eines höheren Beratungsaufwandes von 11,31 € (103 Punkte) auf 12,63 € (115 Punkte) angehoben. Bis zum 18. April 2019 gelten weiterhin die bisherigen Regelungen.

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 435. Sitzung vom 29.03.2019

Neufassung des Vertrages zu Asthma bronchiale und COPD

Die Hamburger Krankenkassen/-verbände und die KV Hamburg haben den DMP-Vertrag Asthma/COPD mit Wirkung ab 1.4.2019 überarbeitet. Notwendig war diese Vertragsanpassung aufgrund der zum 1.4.2018 in Kraft getretenen umfassend geänderten Vorgaben der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Zu den wesentlichen Richtlinienänderungen zählt, dass zukünftig

bereits Kinder ab dem 2. Lebensjahr im DMP behandelt werden können. Die Anforderungen an die Diagnostik, die differenzierte Therapieplanung und die medikamentöse Dauertherapie wurden um altersgruppenspezifische Regelungen ergänzt. Analog der Regelungen im DMP COPD wurden Regelungen für eine engmaschige Betreuung und Aufklärung über die negativen Folgen des Tabakkonsums auf Symptomatik und

Verlauf des Asthmas bronchiale aufgenommen. Insbesondere sollen die Patienten Zugang zu strukturierten, evaluierten und publizierten Tabakentwöhnungsprogrammen erhalten.

Vor dem Hintergrund der geänderten Richtlinienvorgaben haben die Hamburger Krankenkassen/-verbände und die KV Hamburg im Zuge der DMP-Vertragsanpassung außerdem folgende Vergütungsanpassungen vereinbart:

GOP	Leistung	GOP	Leistung
99430A	Abklärung der Einschreibevoraussetzungen bei unklarem Befund über das Vorliegen von Asthma bronchiale u./o. Mitbehandlung aufgrund eines gezielten Überweisungsauftrages des koordinierenden Hausarztes mit konkreter Fragestellung 25,00 € max. 2 x pro Kalenderjahr		Nur für ins DMP Asthma eingeschriebene Versicherte Mitbehandlung aufgrund eines gezielten Überweisungsauftrages des koordinierenden Hausarztes mit konkreter Fragestellung (s. Ziffer 1.6.2 Anlage 5b sowie Maßnahmen zur Diagnosebestätigung (z. B. Provokationstests)) 35,00 € max. 2 x pro Kalenderjahr
99430C	Abklärung der Einschreibevoraussetzungen bei unklarem Befund über das Vorliegen von COPD u./o. Mitbehandlung aufgrund eines gezielten Überweisungsauftrages des koordinierenden Hausarztes mit konkreter Fragestellung 25,00 € max. 2 x pro Kalenderjahr		Nur für ins DMP COPD eingeschriebene Versicherte Mitbehandlung aufgrund eines gezielten Überweisungsauftrages des koordinierenden Hausarztes mit konkreter Fragestellung (s. Ziffer 1.6.2 Anlage 5b sowie Maßnahmen zur Diagnosebestätigung (z. B. Provokationstests)) 35,00 € max. 2 x pro Kalenderjahr

Zudem wurden fünf neue Leistungen im Zuge der Anpassung in den Vertrag aufgenommen:

GOP	Beschreibung	Vergütung
99438A	<p>Gespräch zur Tabakentwöhnung für rauchende Patienten mit Asthma (Anwendung „Motivational-Interviewing-Technik“ unter Nutzung des Fagerström-Tests; Empfehlung von durch die Krankenkassen anerkannten Präventionsprogrammen zur Tabakentwöhnung unter Nutzung von Muster 36)</p> <p>Nachweis über die Teilnahme am Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ der Bundesärztekammer oder am Curriculum „Change-Talk zur Tabakentwöhnung“ gegenüber der KVH erforderlich</p>	8,00 € einmalig je rauchendem DMP-Patient
99438C	<p>Gespräch zur Tabakentwöhnung für rauchende Patienten mit COPD (Anwendung „Motivational-Interviewing-Technik“ unter Nutzung des Fagerström-Tests; Empfehlung von durch die Krankenkassen anerkannten Präventionsprogrammen zur Tabakentwöhnung unter Nutzung von Muster 36)</p> <p>Nachweis über die Teilnahme am Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ der Bundesärztekammer oder am Curriculum „Change-Talk zur Tabakentwöhnung“ gegenüber der KVH erforderlich</p>	8,00 € einmalig je rauchendem DMP-Patient
99439	Asthmaschulung für Eltern von Vorschulkindern, Asthma-Kleinkindschulung (ASEV)	13 Unterrichtseinheiten je 20,00 €
99440	Zuschlag für die vollständige Erbringung der ASEV –Schulung	20,00 €
99441	Nachschulung ASEV	1 Unterrichtseinheit á 20,00 €

Dieser Vertrag tritt am 01.04.2019 in Kraft und ersetzt den Vertrag nach § 73a SGB V zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V Asthma bronchiale sowie COPD vom 01.12.2017 in der Fassung des

2. Nachtrages vom 27.11.2018. Eine erneute Teilnahmeerklärung der Ärzte bzw. Einschreibung der Versicherten ist nicht notwendig. Die detaillierten Beschreibungen der DMP-Vergütungspositionen finden Sie im DMP-Vertrag Asth-

ma/COPD. Vertragstext und Teilnahmeformulare für Ärzte und Versicherte finden Sie im Internet unter: www.kvhh.de – Recht & Verträge / Verträge / D / DMP

Verordnung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege

Seit dem 01. April 2019 ist die Erst- und Folgeverordnung zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege nach den Gebührenordnungsposi-

sitionen (GOP) 01422 und 01424 EBM höher bewertet. Ebenfalls ist der Indikationsspielraum zur Verordnung erweitert worden

und die Angabe des sogenannten GAF-Wertes auf der Verordnung verbindlich.

GOP	Bewertung bis 31.12.2018 in Punkten (Euro)	Bewertung ab 01.01.2019 in Punkten (Euro)
01422	134 (14,55 €)*	149 (16,36 €)**
01424	134 (14,55 €)*	154 (16,91 €)**

*gemäß Hamburger-Punktwert 2018 10,8584 €ct.

**gemäß Hamburger-Punktwert 2019 10,9813 €ct.

GAF-Wert als obligater Leistungsinhalt	
Gebührenordnungsposition	Neue/r obligate/r Leistungsinhalt/e
01422	Anwendung der GAF-Skala (Global Assessment of Functioning Scale) und Angabe des GAF-Werts auf der Verordnung
01424	Anwendung der GAF-Skala (Global Assessment of Functioning Scale) und Angabe des GAF-Werts auf der Verordnung Begründung bei einem Verordnungszeitraum von insgesamt mehr als 4 Monaten gemäß Nr. 27 a des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege

Die Erst- und Folgeverordnungen sind nur verordnungs- und berechnungsfähig für Indikationen und bei Vorliegen von Störungen und

Einbußen nach Maßgabe des § 4 Abs. 8 bis 10 der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege.

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 435. Sitzung vom 29.03.2019

Videosprechstunden in erweitertem Umfang möglich

Mit Wirkung zum 01. April 2019 wurden die Videosprechstunden nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) 01439 und 01450 EBM in einem erweiterten Umfang ermöglicht.

Bislang dienten Videosprechstunden ausschließlich dem Zweck der Verlaufskontrolle bei definierten Krankheitsbildern und Indikationsbereichen. Diese Vorgabe

wurde nun aufgehoben.

Die GOP 01450 EBM, die für die Vergütung von Kosten eingeführt wurde, die durch die Nutzung eines Videodienstanbieters gemäß Anlage 31b Bundesmantelvertrag-Ärzte entstehen, wird als Zuschlag im Zusammenhang mit den Grundpauschalen der Kapitel 14 (Gebührenordnungspositionen der Kinder- und Jugendpsych-

iatrie und -psychotherapie), 22 (Gebührenordnungspositionen der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie) und 23 (Psychotherapeutische Gebührenordnungspositionen) erweitert.

In welchem Zusammenhang die Durchführung von Videosprechstunden im Rahmen der psychotherapeutischen Verordnung einsetzbar ist, wird bis zum 30.

September 2019 vom Bewertungsausschuss überprüft.

Fallkonferenz als Videofallkonferenz

Weiter ist die GOP 01450 EBM

als Zuschlag im Zusammenhang mit den Fallkonferenzen gemäß der GOP 37120 und 37320 EBM berechnungsfähig. Voraussetzung dafür ist, dass die Fallkonferenz als Videofallkonferenz durchgeführt wird, die die Anforderungen gemäß

Anlage 31b zum BMV-Ä erfüllt.

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 435. Sitzung

Neue Behandlungsmethode für Keratokonus-Patienten

Für Patienten mit der Augenerkrankung Keratokonus steht seit dem 01. April 2019 die Hornhautvernetzung als neue Behandlungsoption zur Verfügung.

Voraussetzung zur Behandlung und Abrechnung ist unter anderem, dass die Erkrankung fortschreitend ist. Eine Progredienz liegt dann vor, wenn innerhalb von zwölf Monaten entweder die maximale Hornhautbrechkraft um ≥ 1 Dioptrie oder der (durch subjektive Refraktion bestimmte) Astigmatismus um ≥ 1 Dioptrie zugenommen hat, oder eine Abnahme der Basiskurve der bestsitzenden Kontaktlinse um $\geq 0,1$ Millimeter festgestellt wurde.

Hornhautdichtemessung vor Operation

Zur Messung der Hornhautdicke wird eine neue Leistung der Hornhauttomographie in den EBM aufgenommen. Diese Leistung wird mit der Gebührenordnungsposition (GOP) 06362 EBM abgerechnet und ist mit 231 Punkten (25,36 €*) bewertet und wird außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtver-

gütung bezahlt. Diese Leistung ist jedoch nur im Zusammenhang mit einem geplanten operativen Eingriff gemäß den GOP 31364 oder 36364 anwendbar.

Hornhautvernetzung mit Riboflavin
Der chirurgische Eingriff selbst wird mit der GOP 31364 EBM abgerechnet und mit dem neuen OPS-Code 5-126.8 codiert. Dabei handelt es sich um einen Eingriff der Kategorie YY4. Die Leistung ist je Auge höchstens einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Die zweimalige Berechnung im Krankheitsfall setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.

Bewertet ist die neue Leistung mit 2.704 Punkten (296,93 €*) und wird wie alle ambulanten Operationen des Kapitel 31 EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt.

Die Sachkosten für das Riboflavin wird mit einer Kostenpauschale gemäß GOP 40681 EBM abgerechnet. Diese Pauschale hat einen Wert von 86,00€ und wird

ebenfalls außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt.

Postoperative Behandlung

Zur postoperativen Behandlung sind die GOP 31737 und 31738 in den EBM aufgenommen worden.
- Die GOP 31737 EBM kann von dem Arzt abgerechnet werden, die die postoperative Behandlung auf Überweisung durch den Operateur erbringt. Bewertet mit 347 Punkten (38,10 €*)
- Die GOP 31738 EBM kann vom Operateur selbst abgerechnet werden, sofern die postoperative Behandlung durch ihn selbst erfolgt. Bewertet mit 159 Punkten (17,46 €*)

Beide Leistungen werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt.

*gemäß Hamburger-Punktwert 2019 10,9813 €ct.

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 435. Sitzung

Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie bei DAK-Versicherten

Zum 1. April 2019 haben die KV Hamburg und die DAK einen Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie geschlossen. Ziel dieses Vertrages besteht darin, durch das frühe Er-

kennen von Begleiterkrankungen das Auftreten von schwerwiegenden Krankheitsstadien zu verhindern oder zumindest deutlich zu verzögern. Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der DAK-G ohne Rücksicht auf deren

Wohnort, die sich aufgrund ihrer Hypertonieerkrankung in regelmäßiger ärztlicher Behandlung befinden und die in Anlage 1 bzw. 2 genannten spezifischen Teilnahmebedingungen erfüllen.

Im Vertrag wird zwischen zwei Versorgungsfeldern unterschieden. So kann bei DAK-Versicherten, die eine bekannte Hypertonie haben, ein Screening auf das Vorliegen einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK) und einer chronischen Nierenkrankheit

durchgeführt werden. Sollte im Zuge des Screenings die jeweilige Erkrankung diagnostiziert werden, soll der Arzt im Rahmen eines krankheitsorientierten intensiven Gesprächs insbesondere den Umgang mit der Erkrankung und das Gelingen der Alltagsbewältigung

mit dem Patienten ausführlich besprechen. Teilnahmeberechtigt sind alle Hausärzte, die ihre Teilnahme gegenüber der KV Hamburg erklärt haben. Auch Versicherte müssen eine Teilnahmeerklärung unterzeichnen.

Versorgungsfeld vaskuläre Komplikationen: PAVK bei Hypertonie (ab Vollendung des 50. Lebensjahres)			
GOP	Leistung	Vergütung	Abrechnungsvoraussetzungen
99230	Screening zur Früherkennung einer PAVK (vollständige Leistungserbringung gemäß Anlage 1 des Vertrages)	20,00 €	<ul style="list-style-type: none"> • Einmal im KHF • Im BHF nicht neben der GOP 99231 berechnungsfähig • Leistung kann nur bei Patienten abgerechnet werden, bei denen eine hypertensive Erkrankung (I10.- bis I13.-) vorliegt und bisher keine PAVK (I70.2-) bekannt ist • Die jeweils vorliegenden Behandlungsdiagnosen sind bei der Abrechnung anzugeben
99231	Krankheitsorientiertes intensives Gespräch PAVK (vollständige Leistungserbringung gemäß Anlage 1 des Vertrages)	20,00 €	<ul style="list-style-type: none"> • max. 2x je Kalenderjahr berechnungsfähig, jedoch nicht im selben Quartal • Im Kalenderjahr nur 1x neben der GOP 99230, wenn diese in einem der vorherigen Quartale abgerechnet wurde • Leistung kann nur bei Patienten abgerechnet werden bei denen eine PAVK (I70.2-) vorliegt. Die vorliegende Behandlungsdiagnose ist bei der Abrechnung anzugeben. • Gespräch soll frühestens 3 Monate nach Diagnosestellung einer PAVK erfolgen. • Gespräch hat eine Mindestdauer von 20 Minuten.

Versorgungsfeld nephrologische Komplikationen: Chronische Nierenkrankheit bei Hypertonie ohne bekannten Diabetes mellitus			
GOP	Leistung	Vergütung	Abrechnungsvoraussetzungen
99232	Screening zur Früherkennung Chronischer Nierenkrankheit (vollständige Leistungserbringung gemäß Anlage 2 des Vertrages)	20,00 €	<ul style="list-style-type: none"> • Einmal im KHF • Im BHF nicht neben der GOP 99233 berechnungsfähig • Leistung kann nur bei Patienten abgerechnet werden, bei denen eine hypertensive Erkrankung (I10.- bis I13.-) vorliegt und bisher keine chronische Nierenkrankheit (N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N19) bekannt ist • Die jeweils vorliegenden Behandlungsdiagnosen sind bei der Abrechnung anzugeben
99233	Krankheitsorientiertes intensives Gespräch chronische Nierenkrankheit (vollständige Leistungserbringung gemäß Anlage 2 des Vertrages)	20,00 €	<ul style="list-style-type: none"> • max. 2x je Kalenderjahr berechnungsfähig, jedoch nicht im selben Quartal • Im Kalenderjahr nur 1x neben der GOP 99232, wenn diese in einem der vorherigen Quartale abgerechnet wurde • Leistung kann nur bei Patienten abgerechnet werden, bei denen eine chronische Nierenkrankheit (N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N19) vorliegt. Die vorliegende Behandlungsdiagnose ist bei der Abrechnung anzugeben. • Gespräch soll frühestens 3 Monate nach Diagnosestellung einer chronischen Nierenkrankheit erfolgen • Gespräch hat eine Mindestdauer von 20 Minuten.
99234	Teststreifen Mikroalbuminurie (Urinuntersuchung mit einem spe-zifisch für den Nachweis einer Mikroalbuminurie geeigneten Teststreifen, der gleichzeitig die Kreatinmenge bestimmt, so dass der Albumin-Kreatinin-Quotient visuell abgelesen werden kann)	2,00 €	<ul style="list-style-type: none"> • 1x neben der GOP 99232 abrechenbar.

Vertragstext und Teilnahmeformulare für Ärzte und Versicherte finden Sie im Internet unter: www.kvvh.de – Recht & Verträge

Neue Leistungen zur Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Reproduktionsmedizin

Der Bewertungsausschuss hat die Aufnahme von neuen Beratungs- und Beurteilungsleistungen zum 01.04.2019 beschlossen. Fachärzte für Humangenetik und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik können ab dem Quartal 2/2019 neue Leistungen der Mutterschaftsvorsorge, der Empfängnisregelung und der Reproduktionsmedizin erbringen und abrechnen.

Mutterschaftsvorsorge

Mit den GOP 01794, 01795 und 01796 EBM wurden neue Leistungen zur ausführlichen humangenetischen Beurteilung wegen evidentem genetischen und/oder teratogenen Risikos in den Abschnitt 1.7.4 EBM aufgenommen. Die neuen Leistungen sind nach der Schwere der Erkrankung differenziert. Liegt kein Hinweis auf eine genetisch bedingte Erkrankung aus einer weiterführenden Untersuchung des Fötus vor, kann die Zuschlagsleistung nach der GOP 01795 EBM bis zu dreimal im Krankheitsfall abgerechnet werden. Bei Befunden

die auf eine genetisch bedingte Erkrankung des Fötus hinweisen, kann die Zuschlagsleistung nach GOP 01796 EBM bis zu neunmal im Krankheitsfall abgerechnet werden. Weitere Hinweise zu Abrechnungsmodalitäten und Bewertung entnehmen Sie bitte der Tabelle.

Empfängnisregelung und Reproduktionsmedizin

Die neue Leistung zur humangenetischen Beurteilung nach GOP 01841 EBM nach der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch und die humangenetische Beurteilung GOP 08575 EBM nach den Richtlinien über die künstliche Befruchtung entsprechen im Leistungsinhalt und der Bewertung der GOP 11233 EBM. Ärzte können die GOP 01841 EBM bis zu sechsmal im Krankheitsfall und die GOP 08575 EBM bis zu sechsmal im Reproduktionsfall abrechnen. Die Beurteilung umfasst grundsätzlich auch die Beratung des Partners. Die Zuschläge (GOP 01842 und 08576) zu den in-vitro-diagnostischen

Leistungen des EBM Abschnitts 11.4.3 vergüten deren Gemeinkosten und Befundung. Die in-vitro-diagnostischen Leistungen finden Ärzte im Abschnitt 11.4 EBM.

Wie bisher werden Leistungen aus dem Abschnitt 11.4 für die Empfängnisregelung mit dem Suffix „U“ und die Leistungen für die künstliche Befruchtung mit dem Suffix „X“ gekennzeichnet. Weitere Hinweise zu Abrechnungsmodalitäten und Bewertung entnehmen Sie bitte der Tabelle. Zuschlagsleistung GOP 11234 EBM häufiger im Krankheitsfall Die Zuschlagsleistung nach GOP 11234 (Zuschlag zu GOP 11233 „Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidentem genetischen und/oder teratogenen Risiko von bis zu 20 Minuten Dauer) kann statt dreimal nun fünfmal im Krankheitsfall abgerechnet werden.

Die bisherigen Beurteilungsleistungen GOP 01790 bis 01792, 01835 bis 01839 und 08570 bis 08574 werden zum 1. April 2019 aus dem EBM gestrichen.

Überblick zu Abrechnungsmodalitäten und Bewertung der neuen Leistungen:

GOP	Kurzbeschreibung	Abrechnungsmodalität	Bewertung
01794	Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidenten genetischen und/oder teratogenen Risikos von bis zu 20 Minuten Dauer nach Abschnitt A. 3. der Mutterschafts-Richtlinien	höchstens zweimal im Krankheitsfall; nur einmal je Schwangerschaft	77,20 €* (703 Punkte)
01795	Zuschlag zur GOP 01794 je weitere vollendete 20 Minuten, wenn kein Befund auf eine genetisch bedingte Erkrankung des Fötus hinweist	bis zu dreimal im Krankheitsfall; bei einer erneuten Schwangerschaft erneut bis zu dreimal im Krankheitsfall; in demselben Quartal wie GOP 01794	77,20 €* (703 Punkte)
01796	Zuschlag zur GOP 01794 je weitere vollendete 20 Minuten, wenn ein Befund auf eine genetisch bedingte Erkrankung des Fötus hinweist	bis zu neunmal im Krankheitsfall; bei einer erneuten Schwangerschaft erneut bis zu neunmal im Krankheitsfall; in demselben Quartal wie GOP 01794	113,11 €* (1.030 Punkte)
01841	Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidenten genetischen und/oder teratogenen Risikos nach B. 4. der Richtlinie des G-BA zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch nur für einen der beiden Partner berechnungsfähig; je vollendete 20 Minuten Arzt-Patienten-Kontaktzeit	bis zu sechsmal im Krankheitsfall	60,73 €* (553 Punkte)
01842	Zuschlag zu den GOP 11502, 11503, 11506 und 11508 für Gemeinkosten und die wissenschaftliche ärztliche Beurteilung und Befundung im Zusammenhang mit einer in-vitro-Diagnostik zur Untersuchung eines möglichen genetischen Risikos nach der Richtlinie des G-BA zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch	einmal im Krankheitsfall; ab der 1.301. Leistung wird die GOP 01842 mit 742 Punkten bewertet – Staffelung je Arzt in Abhängigkeit von der im Quartal erbrachten Anzahl der Leistungen	101,80 €* (927 Punkte)
08575	Humangenetische Beratung und Begutachtung im Zusammenhang mit einer Maßnahme nach Nr. 10.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung bei evidentem genetischen und/oder teratogenen Risiko; nur für einen der beiden Partner berechnungsfähig; je vollendete 20 Minuten Arzt-Patienten-Kontaktzeit	bis zu sechsmal je Reproduktionsfall. Bei einer erneuten Schwangerschaft erneut bis zu neunmal im Krankheitsfall	60,73 €* (553 Punkte)
08576	Zuschlag zu den GOP 11351, 11352, 11502, 11503, 11506 und 11508 für die Gemeinkosten und die wissenschaftliche ärztliche Beurteilung und Befundung im Zusammenhang mit einer Maßnahme nach Nr. 10.5 der Richtlinie über künstliche Befruchtung	einmal je Reproduktionsfall; ab der 1.301. Leistung wird die GOP 08576 mit 742 Punkten bewertet; Staffelung je Arzt in Abhängigkeit von der im Quartal erbrachten Anzahl der Leistungen	101,80 €* (927 Punkte)

*gemäß Hamburger-Punktwert 2019 10,9813 €ct.

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 435. Sitzung

Aufnahme von zwei neuen Laborleistungen

Zum 1. April 2019 werden die GOP 32480 und 32557 neu in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen. Das hat der Bewertungsausschuss in seiner 433. Sitzung am 22.01.2019 beschlossen.

Nachweis von Anti-Drug-Antikörpern

Die GOP 32480 EBM dient dem Nachweis von Anti-Drug-Antikörpern. Unter einer Enzymerersatztherapie mit Velmanase alfa können sich spezifische Antikörper entwickeln und eine schwere Immunreaktion auslösen oder die

therapeutische Wirkung ausbleiben. Die Fachinformation sieht in diesen Fällen eine Untersuchung auf Antikörper gegen Velmanase alfa vor.

Die neue Leistung wird mit 18,65€ je Untersuchung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.

Zuschlag für die Vorbehandlung mit Dithiothreitol (DTT)

Die GOP 32557 ist ein Zuschlag zu den GOP 32545 oder 32556 und dient der spezifischen Vorbehandlung im Rahmen immunhäm-

atologischer Untersuchungen. Die Therapie mit Daratumumab (Darzalex®) verursacht Interferenzen bei Blutkompatibilitätstests, die in der transfusionsmedizinischen Versorgung eine aufwändige Vorbehandlung von Test- bzw. Spendererythrozyten erfordern.

Die neue Leistung wird mit 19,20€ je Untersuchung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Sie ist jedoch höchstens viermal am Behandlungstag berechnungsfähig.

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 433. Sitzung

PET/CT ab April auch zum initialen Staging eines Hodgkin-Lymphoms

PET/CT ab April auch zum initialen Staging eines Hodgkin-Lymphoms
Ab dem Quartal 2/2019 wird der Einsatzbereich für die Positronenemissionstomographie erneut erweitert. Das bildgebende Verfahren kann nun auch beim initialen Staging eines Hodgkin-Lymphoms

angewendet werden. Um PET/CT-Leistungen durchführen und abrechnen zu können, ist eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung erforderlich. Welche Anforderungen konkret nachgewiesen werden müssen, kann der Qualitätssicherungsvereinbarung

PET, PET/CT, die zum 1. April 2019 um die neue Indikation erweitert wird, entnommen werden.

Quelle: PraxisNachrichten vom 21.02.2019 und Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT (Neue Fassung ab 1. April 2019)

Abrechenbarkeit von postoperativen Leistungen

Im Mai 2018 hat das Landessozialgericht Rheinland-Pfalz in seinem rechtskräftigen Urteil vom 24.05.2018 (Aktenzeichen L 5 KA 36/17) über die Abrechenbarkeit von postoperativen Behandlungen nach Abschnitt 31.4 EBM entschieden. Demnach ist eine postoperative Leistung nach Kapitel 31.4 EBM innerhalb von 21 Tagen nach dem Eingriff immer dann zulässig, wenn dem Behandlungskomplex jeweils eine eigene operative Leistung des Abschnitts 31.2 EBM „Ambulante

Operationen“ zugrunde liegt. In seiner Urteilsbegründung stellte das Gericht dar, dass sich die Regelungen im Abschnitt „postoperative Behandlungskomplexe“ des EBM auf die Durchführung „eines“ Eingriffes beziehen. Demnach solle pro Eingriff auch jeweils eine postoperative Leistung abrechenbar sein. Bisher galt die Regelung, dass pro Behandlungsfall nur eine postoperative Leistung innerhalb von 21 Tagen nach der Operation abgerechnet werden konnte. Erhielt zum Beispiel ein Patient an

beiden Augen eine intravitreale operative Medikamenteneingabe (IVOM), so durfte die postoperative Behandlung in-nerhalb von 21 Tagen nur an einem Auge abgerechnet werden. Aufgrund der Entscheidung des Gerichts wurden auch in der KV Hamburg die Abrechnungsmodalitäten zum Quartal 1/2019 dahingehend umgestellt, dass zukünftig eine postoperative Behandlung je Eingriff abrechenbar ist. Simultaneingriffe bleiben von dieser Neuregelung ausgenommen.

Neues Formular für die Krankenförderung

Ab dem Quartal 2/2019 wird es ein neues Formular zur Verordnung von Krankenförderung geben. Es wurde neu strukturiert und übersichtlicher gestaltet. Hierdurch sollen Nachfragen insbesondere von Krankenkassen und Transportunternehmen zukünftig vermieden werden. Die kurzfristig eingeführte Regelung, dass bestimmte pflegebedürftige und schwerbehinderte Patienten bei Taxi- und Mietwagenfahr-

ten keine Genehmigung ihrer Krankenkasse mehr einholen müssen, konnte aufgrund hoher Vorlaufzeiten bei Krankenkassen und Transportunternehmen noch nicht berücksichtigt werden. Die gesetzliche Neuerung gilt seit Jahresbeginn und soll bei der nächsten Überarbeitung des Formulars berücksichtigt werden. Bis dahin gilt die Übergangsregelung, dass Ärzte und Psychotherapeuten zwar weiterhin ankreuzen, dass es

sich um eine genehmigungspflichtige Taxi- oder Mietwagenfahrt handelt, der Patient jedoch keine Genehmigung einholen braucht, sondern die Verordnung so wie sie ist bei Fahrtbeginn dem Transportdienst überreicht. Nähere Informationen zur Verordnung der Krankenförderung stellt die KBV in einer Praxisinformation auf ihrer Homepage bereit.

Quelle: PraxisNachrichten vom 21.02.2019

Neue Version des Operations- und Prozedurenschlüssels (OPS)

Der Bewertungsausschuss hat zum 1. April 2019 eine Anpassung des Anhangs 2 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) an die Version 2019 des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) beschlossen. Dazu werden neue OPS-Codes aufgenommen und andere beendet.

Neu aufgenommene Bestimmung der in Anhang 2 zum EBM aufgenommenen Codes

Die neuen OPS-Codes für Eingriffe an Knochen und Gelenken zur Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese sind nur berechnungsfähig, sofern ein operativer Verfahrenswechsel durch aufgetretene Komplikationen stattgefunden hat. Die Entfernung von Osteosynthesematerial ist nicht gesondert berechnungsfähig.

Der OPS-Code für die offene chirurgische Stabilisierung der

Thoraxwand (5-346.5) wird gestrichen.

Eine ausführliche Auflistung der OPS-Codes finden Sie im Anhang 2 des EBM.

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 430. Sitzung

Konkretisierte Abrechnungsbestimmungen zum Zweitmeinungsverfahren

Im Abrechnungs-Newsletter für das Quartal 1/2019 hatten wir Sie darüber informiert, dass Patienten vor bestimmten Operationen (Tonsillotomie, Tonsillektomie und Hysterektomie) eine zweite Meinung einholen dürfen.

Zum damaligen Zeitpunkt war bereits bekannt, dass der indikationsstellende Arzt die Gebührenordnungsposition (GOP) 01645 EBM abrechnet. Der Arzt, der die Zweitmeinung abgibt, rechnet für den Patienten seine jeweilige arztgruppenspezifische Versicherten-, Grund- und/oder

Konsiliarpauschale ab. Diese wird dann, ebenfalls wie alle anderen für die Zweitmeinung relevanten Leistungen, im Behandlungsfall extrabudgetär vergütet.

Inzwischen sind die konkretisierten Abrechnungsbestimmungen beschlossen worden:

Suffix zur GOP 01645 (Aufklärung)

Bei der Aufklärung zur Zweitmeinung muss zwischen Mandeloperation und Gebärmutterentfernung unterschieden werden. Hierzu wird die GOP 01645 EBM mit einem

Suffix gekennzeichnet.

- Der HNO-Arzt rechnet die GOP 01645 EBM mit dem Suffix "A" ab. Also 01645A

- Der Frauenarzt rechnet die GOP 01645 EBM mit dem Suffix "B" ab. Also 01645B

Begründungsfeld nutzen (Zweitmeinung)

Der zweitmeinungsgebende Arzt legt den Fall auf der Scheinuntergruppe 24 (Muster 6) an und kennzeichnet alle Leistungen zum Zweitmeinungsverfahren im freien Begründungstext (Feldkennung

5009). Bei der bevorstehenden Mandeloperation wird die Kennzeichnung 88200A in das freie Begründungsfeld gesetzt. Bei der bevorstehenden Gebärmutterentfernung die Kennzeichnung 88200B.

Abrechnungsbestimmungen	HNO-Ärzte	Frauenärzte
Indikationsstellende/r Ärztin/Arzt	01645A	01645B
Zweitmeinungsgebende/r Ärztin/Arzt	Begründungstext "88200A"	Begründungstext "88200B"

Bitte beachten Sie an dieser Stelle, dass die Kennzeichnung im Begründungstext kein kleines A oder B sowie keine Leerzeichen beinhalten darf. Sollten weitere Leistungen bei dem Patienten vom zweitmeinungsgebenden Arzt erbracht werden, die nicht

zum Zweitmeinungsverfahren gehören, muss kein neuer Schein angelegt werden. Bei diesen Leistungen entfällt dann lediglich die spezifische Kennzeichnung im Begründungstext. Um Leistungen im Zweitmeinungsverfahren erbringen zu

dürfen, ist eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erforderlich.

Quelle: Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses in seiner 31. Sitzung

Ergänzende Hinweise zur Stoßwellentherapie bei Fersensporn

Ergänzend zum Artikel über die Stoßwellentherapie im Newsletter 1/2019 möchten wir Ihnen an dieser Stelle mitteilen, dass die GOP 30440 EBM neben den dort genannten Fachgruppen (Orthopäden und Physikalische und Rehabilitationsmediziner) auch von Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie abgerechnet

werden können. Für alle berechtigten Fachgruppen gilt, dass die Leistung nur für Patienten mit der gesicherten Diagnose Fasciitis plantaris (ICD-10-GM-Code: M72.2 mit dem Zusatz „G“) in Ansatz gebracht werden kann. Zudem müssen die Patienten bereits mindestens sechs Monate unter Fersenschmerzen leiden und

dadurch in ihrer gewohnten körperlichen Aktivität eingeschränkt sein. Bis dahin müssen unterschiedliche Therapieansätze ohne relevante Beschwerdebesserung angewandt worden sein. Da sich der Punktwert zum Quartal 1/2019 erhöht hat, beträgt die Vergütung der Leistung nun 27,12 €.

Rückwirkende Erhöhung der Bewertung der Geburtshilfe

Aufgrund steigender Prämien für die Berufshaftpflichtversicherung in der Geburtshilfe hat der

Bewertungsausschuss beschlossen, die Bewertung der GOP 08411 EBM rückwirkend zum 1. Januar

2019 anzuheben.

Gebührenordnungsposition	Bewertung bis 31.12.2018 in Punkten (Euro)	Bewertung ab 01.01.2019 in Punkten (Euro)
08411	2.030 (220,43€)*	2.787 (306,05 €)**

*gemäß Hamburger-Punktwert 2018 10,8584 €ct.

**gemäß Hamburger-Punktwert 2019 10,9813 €ct.

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 433. Sitzung

Höherbewertung der Leistungen zur Kontrolle von kardialen Rhythmusimplantaten

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 397. Sitzung am 21. Juni 2017 mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 beschlossen, die telemedizinische und konventionelle Funktionsanalyse von Schrittmachersystemen nach den

Aggregattypen Herzschrittmacher, implantierte Kardioverter/Defibrillatoren und implantierte Systeme zur kardialen Resynchronisationstherapie differenziert und als eigenständige GOP im EBM abzubilden. Um die im Rahmen

der Differenzierung angestrebte Punktsummenneutralität zu erreichen, werden mit dem Beschluss vom 29.03.2013 die Bewertungen der Leistungen rückwirkend zum 01.01.2019 angepasst.

GOP	GOP-Bezeichnung	Bewertung bis 31.12.2018*	Bewertung ab 01.01.2019**
04411	Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers zur anti-bradykarden Therapie	37,68 € (347 Pkt.)	43,49 € (396 Pkt.)
04413	Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators	69,60 € (641 Pkt.)	80,38 € (732 Pkt.)
04414	Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators	69,60 € (641 Pkt.)	80,38 € (732 Pkt.)
04415	Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)	85,67 € (789 Pkt.)	98,94 € (901 Pkt.)
04416	Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)	85,67 € (789 Pkt.)	98,94 € (901 Pkt.)
13571	Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers zur anti-bradykarden Therapie	20,52 € (189 Pkt.)	23,72 € (216 Pkt.)
13573	Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators	38,00 € (350 Pkt.)	43,93 € (400 Pkt.)
13574	Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators	38,00 € (350 Pkt.)	43,93 € (400 Pkt.)
13575	Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)	46,80 € (431 Pkt.)	54,03 € (492 Pkt.)
13576	Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)	46,80 € (431 Pkt.)	54,03 € (492 Pkt.)

* gemäß Hamburger-Punktwert 2018 10,8584 €ct.

**gemäß Hamburger-Punktwert 2019 10,9813 €ct

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 435. Sitzung vom 29.03.2019

Impfung gegen Herpes-Zoster

Zurzeit prüft das Bundesministerium für Gesundheit einen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie. Die Richtlinie wird damit an eine entsprechende neue Empfehlung der Ständigen

Impfkommission zur Impfung gegen Gürtelrose angepasst. Für alle Versicherten ab einem Alter von 60 Jahren wird die Impfung zu Lasten der GKV abgerechnet werden können. Personen, die durch eine Grunderkrankung besonders gefährdet sind, haben

bereits ab dem 50. Lebensjahr Anspruch auf die Impfung (Tabelle). Zu diesen Erkrankungen gehören unter anderem rheumatoide Arthritis, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, chronische Nierensuffizienz sowie Diabetes mellitus.

Impfung gegen	Indikation	Hinweise zu den Schutzimpfungen
Herpes Zoster	<p>Standardimpfung: Standardimpfung für Personen \geq 60 Jahre</p> <p>Indikationsimpfung: Personen \geq 50 Jahre mit einer erhöhten gesundheitlichen Gefährdung für das Auftreten eines Herpes zoster infolge einer Grundkrankheit, wie z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - angeborene bzw. erworbene Immundefizienz bzw. Immunsuppression - HIV-Infektion - rheumatoide Arthritis - systemischer Lupus erythemato-des - chronisch entzündliche Darmerkrankungen - chronisch obstruktive Lungenerkrankung oder Asthma bronchiale - chronische Niereninsuffizienz - Diabetes mellitus 	<p>Zweimalige Impfung im Abstand von mindestens 2 bis max. 6 Monaten mit adjuvantiertem Herpes zoster-subunit-Totimpfstoff. Auf die Impfung mit einem Herpes zoster-Lebendimpfstoff besteht kein Leistungsanspruch.</p> <p>Zweimalige Impfung im Abstand von mindestens 2 bis max. 6 Monaten mit adjuvantiertem Herpes zoster-subunit-Totimpfstoff. Auf die Impfung mit einem Herpes zoster-Lebendimpfstoff besteht kein Leistungsanspruch.“</p>

Der Beschluss tritt nach der Prüfung durch das BMG und nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Quelle: Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 07.03.2019

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: Abteilung Abrechnungsorganisation: J. Hartmann, J. Gräpel

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

Layout und Satz: Melanie Vollmert

Ausgabe 2/2019 (April 2019)

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