

Aktuelle Informationen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für das Quartal 1/2018

Sehr geehrte Mitglieder,

auch zu Beginn des neuen Jahres wird der EBM durch die Aufnahme neuer Leistungen erweitert. Diese möchten wir Ihnen im Folgenden kurz und kompakt vorstellen. Es handelt sich hierbei u. a. um neue Leistungen für das Notfalldatenmanagement im Zusammenhang mit der Telematikinfrastruktur und um neue Leistungen für die Abrechnung des Screenings auf Bauchaortenaneurysmen. Zudem informieren wir über die Neuregelung zur Sachkostenabrechnung und über die zu 2018 gestrichenen Leistungen und Nachträge für das Quartal 4/2017.

Bitte beachten Sie, dass uns immer mal wieder kurzfristig weitere Neuerungen erreichen, nachdem Sie den Newsletter bereits erhalten haben. Hierzu finden Sie dann nähere Informationen auf unserer Website unter dem Menüpunkt „Newsletter“.

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. www.ekvh.de

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

Wir wünschen Ihnen einen guten Start in das Jahr 2018 und viel Spaß mit dem Newsletter!

Ihre Abrechnungsabteilungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Themen:

- Neue Leistungen für das Anlegen, Aktualisieren und Löschen eines Notfalldatensatzes auf der elektronischen Gesundheitskarte
- Neue Leistungen für das Screening auf Bauchaortenaneurysmen
- Botoxbehandlung bei Blasenfunktionsstörung
- Neue Leistungen der HLA-Antikörperdiagnostik
- Konkretisierte Sachkostenregelung
- Gestrichene Leistungen
- Nachträge zum Quartal 4/2017
 - o Neue Leistungen für die Verordnung von Cannabis
 - o Palliativmedizinische Versorgung nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM
 - o Postnatale In-Vitro-Diagnostik auch pränatal berechnungsfähig
 - o Abklärung vor der Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments ohne Überweisung
 - o EBM-Detailänderungen zum 1. Oktober 2017

Neue Leistungen für das Anlegen, Aktualisieren und Löschen eines Notfalldatensatzes auf der elektronischen Gesundheitskarte

Zum 1. Januar 2018 werden drei neue Leistungen für das Anlegen, Aktualisieren und Löschen eines Notfalldatensatzes auf der elektronischen Gesundheitskarte in den EBM aufgenommen.

Das Notfalldatenmanagement (NFDM) ist eine der ersten medizinischen Anwendungen, die der Gesetzgeber in der Telematikinfrastruktur (TI) vorgesehen hat. Dabei geht es darum, für den Notfall wichtige Daten des Patienten auf der elektronischen Gesundheitskarte abzuspeichern.

Voraussetzung für die Abrechnung der neuen GOP ist, dass die Praxen an die TI angeschlossen sind und über die notwendige Technik für das NFDM verfügen. Hierfür sind Updates für den Konnektor und das Praxisverwaltungssystem notwendig.



Die Leistungen 01640 – 01642 werden für die nächsten drei Jahre extrabudgetär vergütet.

GOP 01640:

- Zuschlag zu den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 11, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26 und 27, den Konsiliarpauschalen der Kapitel 12, 17, 19, 24 und 25 und der Gebührenordnungsposition 30700 für die Anlage eines Notfalldatensatzes gemäß Anhang 2 der Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)
- **80 Punkte / 8, 52 €* / Einmal im BHF**
- Insbesondere abrechenbar beim Anlegen eines neuen Datensatzes
- Im BHF nicht neben der 01641 und 01642 berechnungsfähig

GOP 01641:

- Zuschlag zu den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 11, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26 und 27, den Konsiliarpauschalen der Kapitel 12, 17, 19, 24 und 25 und der Gebührenordnungsposition 30700 für den Notfalldatensatz gemäß Anhang 2 der Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)
- **4 Punkte / 0,43 €* / Einmal im BHF**
- Insbesondere für das Aktualisieren des Notfalldatensatzes
- Wird durch die Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt
- Im BHF nicht neben der 01640 und 01642 berechnungsfähig

GOP 01642:

- Löschen eines Notfalldatensatzes gemäß Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)
- **1 Punkt / 0,11 €* / Einmal im BHF**
- Im BHF nicht neben der 01640 und 01641 berechnungsfähig

*Bitte beachten Sie, dass es sich hierbei um den bundeseinheitlichen Punktwert handelt und der €-Betrag für Hamburg abweichen kann

Neue Leistungen für das Screening auf Bauchaortenaneurysmen

Zum 1. Januar 2018 werden zwei neue Leistungen zur Abrechnung des Ultraschallscreenings in den Abschnitt 1.7.2 EBM aufgenommen. Anspruch auf die Untersuchung haben gesetzlich krankenversicherte Männer ab 65 Jahren.

GOP 01747:

- Aufklärung und Ausgabe der Versicherteninfo zum Screening der Bauchaorta

- **57 Punkte (6,07€*)**

GOP 01748:

- Sonographische Untersuchung der Bauchaorta
Fakultativ: Beratung zu Therapiemöglichkeiten bei auffälligem Befund

- **148 Punkte (15,77€*)**



- Sollten während der Früherkennungsuntersuchung weitere Organe des Abdomens sonographisch untersucht werden müssen, so kann die GOP 33042 (Sonographie Abdomen) neben der GOP 01748 abgerechnet werden. Da sich die Leistungsinhalte überschneiden, wird die GOP 33042 mit 80 statt mit 157 Punkten honoriert.

Die genannten Leistungen können von Hausärzten, Urologen, Internisten mit und ohne Schwerpunkt, Chirurgen und Radiologen durchgeführt werden. Voraussetzung für die Abrechnung der GOP 01748 ist, dass eine gültige Genehmigung zur Ausführung von Ultraschallleistungen für den Anwendungsbereich "Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) bei Jugendlichen/Erwachsenen im B-Mode" besteht. Auch Ärzte der oben genannten Fachgruppen, die keine Genehmigung für die Ausführung von Ultraschallleistungen haben, können das Aufklärungsgespräch durchführen.

Die Vergütung der GOP 01747 und 01748 erfolgt extrabudgetär.

*Bitte beachten Sie, dass es sich hierbei um den bundeseinheitlichen Punktwert handelt und der €-Betrag für Hamburg abweichen kann.

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 410. Sitzung

Botoxbehandlung bei Blasenfunktionsstörung

Die Botoxbehandlung bei bestimmten Blasenfunktionsstörungen wird zum 1. Januar 2018 als neue Leistung in den EBM aufgenommen. Urologen und Gynäkologen können sie abrechnen, die Vergütung erfolgt extrabudgetär.

Zur Erbringung und Abrechnung der neuen Leistungen muss eine der folgenden Indikationen vorliegen:

- Idiopathisch überaktive Blase mit den Symptomen Harninkontinenz, imperativer Harndrang und Pollakisurie bei erwachsenen Patienten, die auf Anticholinergika nur unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben
- Harninkontinenz bei Erwachsenen mit neurogener Detrusorhyperaktivität bei neurogener Blase infolge einer stabilen subzervikalen Rückenmarksverletzung oder Multipler Sklerose

Voraussetzung für die Abrechnung der Botoxbehandlung ist eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Diese wird erteilt, wenn jährlich die Teilnahme an von der jeweiligen Landesärztekammer anerkannten Fortbildungen zur Therapie von Blasenfunktionsstörungen im Umfang von insgesamt mindestens acht CME-Punkten nachgewiesen wird. Die Leistung ist parallel zur Zystoskopie je vollendete zehn Minuten und maximal fünf Mal pro Sitzung berechnungsfähig.

GOP 08312

- Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 08311 für die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin
- **282 Punkte (rund 30€*)**

GOP 08313

- Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 08312 für die Beobachtung eines Patienten im Anschluss an die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin
- **143 Punkte (15,24€*)**

GOP 26316

- Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 26310 und 26311 für die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin
- **282 Punkte (rund 30€*)**

GOP 26317

- Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 26316 für die Beobachtung eines Patienten im Anschluss an die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin
- **143 Punkte (15,24€*)**

GOP 40161

- Kostenpauschale bei Durchführung einer transurethralen Therapie mit Botulinumtoxin entsprechend den Gebührenordnungspositionen 08312 und 26316 für den/die beim Eingriff eingesetzte(n) zystoskopische(n) Injektionsnadel(n), -kanüle(n) oder -katheter
- **45,00€**

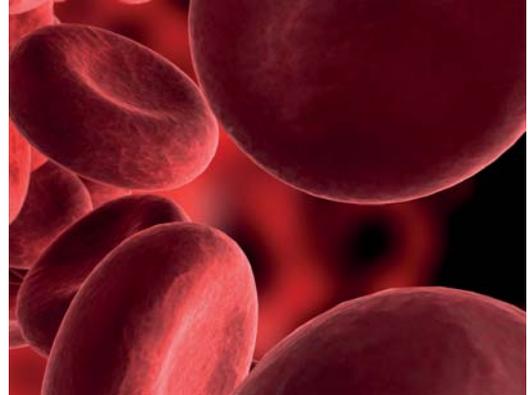
Für die extrabudgetäre Vergütung der Zystoskopien nach den GOP 08311, 26310 und 26311 ist die Kennzeichnung bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin durchgeführt wird, mit dem Buchstaben „T“ erforderlich.

Die Kosten für die Beschaffung des Arzneimittels Botox® trägt die Krankenkasse des gesetzlich versicherten Patienten. Dazu stellt der Arzt dem Patienten ein Rezept aus, das in der Apotheke eingelöst werden kann.

* Bitte beachten Sie, dass es sich hierbei um den bundeseinheitlichen Punktwert handelt und der €-Betrag für Hamburg abweichen kann

Neue Leistungen der HLA-Antikörperdiagnostik

Zur Weiterentwicklung der immungenetischen Leistungen wird die HLA-Antigendiagnostik zum 01.01.2018 als transplantationsvorbereitende Untersuchung in den Abschnitt 32.3.15.1 EBM sowie als allgemeine immungenetische Untersuchung in den Abschnitt 32.3.15.2 EBM aufgenommen. Die neuen Leistungen sollen spezielle Leistungen im Zusammenhang mit der Vorbereitung von Transplantationen von Organen, Geweben und hämatopoetischen Stammzellen vergüten. Die Vergütung finanziert sich außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.



Voraussetzung für die Berechnung der Leistungen des Abschnitts 32.3.15.1 ist die Einhaltung der Richtlinie zur Histokompatibilitätsdiagnostik gem. §16 Abs. 1 S. 1 Nr. 4a und 4b Transplantationsgesetz.

Transplantationsvorbereitende immungenetische Untersuchungen:

GOP 32915

- Nachweis von Antikörpern gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Lymphozytotoxizitäts-Test (LCT), ggf. einschließlich Vorbehandlung mit Dithiothreitol (DTT)
- **29,50 € je HLA-Klasse**
- Ersetzt die bisherige Gebührenordnungsposition 32530
- Höchstens zweimal im BHF berechnungsfähig
- Im BHF nicht neben 32939 berechnungsfähig

GOP 32916

- Nachweis von Antikörpern gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Festphasenmethoden
- **47,30 € je HLA-Klasse und je Immunglobulinklasse**
- Höchstens viermal im BHF berechnungsfähig
- Im BHF nicht neben 32940 berechnungsfähig

GOP 32917

- Spezifizierung der Antikörper gegen HLA-Klasse I oder II Antigene unter Anwendung spezifisch charakterisierter HLA Antigenpanel auf unterscheidbaren Festphasen und Berechnung des virtuellen Panelreaktivitätswertes
- **79,00 € je HLA-Klasse**
- Nur bei bekannter Reaktivität gegen HLA-Klasse I oder II Antigene berechnungsfähig
- Im BHF nicht neben 32918, 32941 und 32942 berechnungsfähig

GOP 32918

- Spezifizierung der Antikörper gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Single-Antigen-Festphasentest
- **150,00 € je HLA-Klasse**
- Im BHF nicht neben 32917, 32941 und 32942 berechnungsfähig

Allgemeine immungenetische Untersuchungen:

GOP 32939

- Nachweis von Antikörpern gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Lymphozytotoxizitäts-Test (LCT), ggf. einschließlich Vorbehandlung mit Dithiothreitol (DTT)
- **29,50 € je HLA-Klasse**
- Ersetzt die bisherige Gebührenordnungsposition 32530
- Höchstens zweimal im BHF berechnungsfähig
- Im BHF nicht neben 32915 berechnungsfähig

GOP 32940

- Nachweis von Antikörpern gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Festphasenmethoden
- **47,30 € je HLA-Klasse und je Immunglobulinklasse**
- Höchstens viermal im BHF berechnungsfähig
- Im BHF nicht neben 32916 berechnungsfähig

GOP 32941

- Spezifizierung der Antikörper gegen HLA-Klasse I oder II Antigene unter Anwendung spezifisch charakterisierter HLA Antigenpanel auf unterscheidbaren Festphasen
- **79,00 je HLA-Klasse**
- Nur bei bekannter Reaktivität gegen HLA-Klasse I oder II Antigene berechnungsfähig
- Im BHF nicht neben 32917, 32918 und 32942 berechnungsfähig

GOP 32942

- Spezifizierung der Antikörper gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Single-Antigen-Festphasentest
- **15,00 je HLA-Klasse**
- Im BHF nicht neben 32917, 32918 und 32941 berechnungsfähig

GOP 32943

- Zuschlag für die Spezifizierung der Antikörper gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Komplement-abhängigem und/oder IgG-Subklassen-spezifischem Single-Antigen-Festphasentest zu den Gebührenordnungspositionen 32917, 32918, 32941 oder 32942
- **150,00 je HLA-Klasse**
- Nur bei bekannter Reaktivität gemäß den Gebührenordnungspositionen 32917, 32918, 32941 oder 32942 berechnungsfähig

GOP 32948

- Nachweis von Allo-Antikörpern gegen Antigene des HPA-Systems
- **28,70 €**

GOP 32949

- Spezifizierung von HPA-Antikörpern gegen Thrombozyten mittels Glykoproteinspezifischer Festphasenmethoden
- **28,70 € je Glykoproteinkomplex**
- Der Höchstwert beträgt 114,80 € im BHF
- Nur bei bekannter Reaktivität gemäß der Gebührenordnungsposition 32948 berechnungsfähig

Konkretisierte Sachkostenregelung

Zum 1. Januar 2018 werden die bisherigen Regeln zur Sachkostenabrechnung konkretisiert und zusammengefasst, um die Transparenz des Verfahrens gegenüber den Krankenkassen zu gewährleisten. Bei der Sachkostenabrechnung sind zukünftig folgende Punkte zu beachten:

- Werden auf dem Behandlungsausweis (Abrechnungsschein) Kosten in €-Beträgen geltend gemacht, so sind die Materialien einzeln mit den tatsächlich dafür entstandenen Kosten unter Berücksichtigung etwaiger Rabatte in Klammern anzugeben. Zum Beispiel: (21,27 Euro) (Herzkatheter). Nur so kann die geforderte Transparenz gegenüber den Kassen gewährleistet werden.
- Die rechnungsbegründenden Unterlagen (Originalrechnungen und Quittungen) werden zusammen mit der Abrechnung des jeweiligen Quartals eingereicht. Die Unterlagen müssen folgende Informationen beinhalten: den Namen des Herstellers, die Produktbezeichnung (mit Artikel- und Modellnummer) und

die Versichertennummer des Patienten, für dessen Behandlung die Materialien gesondert berechnet werden.

- Die abgerechneten Materialien müssen zur erbrachten Leistung passen. Ist dieser Zusammenhang nicht gegeben, wird die Abrechnung von der KV beanstandet.
- Nicht als Sachkosten auf dem Behandlungsschein abrechnungsfähig sind Materialien, die in den berechnungsfähigen Leistungen des EBM (unter anderem Kosten nach 7.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM) enthalten sind, die zu den nicht berechnungsfähigen Kosten nach 7.2 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM zählen und die in der zum Zeitpunkt der Erbringung der Leistung aktuell gültigen Sprechstundenbedarfsvereinbarung als Sprechstundenbedarf aufgeführt sind.

Die Prüfung der Sachkostenabrechnung erfolgt weiterhin durch die KV Hamburg.

Gestrichene Leistungen

GOP 32530

Die bisherige Gebührenordnungsposition 32530 zum Nachweis von zytotoxischen Alloantikörpern wird zum 01.01.2018 gestrichen und mit der Gebührenordnungsposition 32915 im Abschnitt 32.3.15.1 sowie 32939 im Abschnitt 32.3.15.1 fortgeführt.

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 402. Sitzung

Nachträge zum Quartal 4/2017 Neue Leistungen für die Verordnung von Cannabis

Rückwirkend zum 1. Oktober 2017 hat der Bewertungsausschuss drei neue GOP in den EBM aufgenommen, mit denen der entstehende Aufwand in den Vertragsarztpraxen abgebildet werden soll. Hintergrund ist das Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften, das zum 10. März 2017 in Kraft getreten ist.

Zwei der neuen GOP betreffen die Begleiterhebung, die die Ärzte im Zusammenhang mit der Versorgung von Patienten mit Cannabis vornehmen müssen:

GOP 01460

- Aufklärung über die Begleiterhebung
- Der Vertragsarzt ist verpflichtet, den Patienten vor der ersten Verordnung einer Leistung nach § 31 Abs. 6 SGB V einmalig über die verpflichtende Begleiterhebung zu informieren
- **Wert: 3,01 € (28 Punkte)**

GOP 01461

- Datenerfassung und Datenübermittlung im Rahmen der Begleiterhebung
- Die erforderlichen Daten sind vom Vertragsarzt, der die Leistung verordnet, in elektronischer Form an das BfArM zu übermitteln (§ 4 der Cannabis-Begleiterhebungs-Verordnung (CanBV))
- Kann je genehmigter Leistung nach § 31 Abs. 6 Satz 2 SGB V einmal berechnet werden, entweder nach Ablauf eines Jahres oder bei Beendigung der Therapie vor Ablauf eines Jahres zum Zeitpunkt des Therapieendes
- Bei Therapiewechsel innerhalb der unterschiedlichen Verabreichungsmöglichkeiten von Cannabis, wie in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten oder Arzneimitteln mit dem Wirkstoff Dronabinol oder Nabilon, ist die GOP 01461 erneut ansetzbar, jedoch höchstens viermal im Krankheitsfall

- Die GOP ist für Versicherte, die sich zwischen dem 01.01.2022 und 31.03.2022 in Therapie mit einer genehmigten Cannabis-Leistung befinden und für die eine zweite Erhebung erforderlich ist, einmal berechnungsfähig
- **Wert: 9,89 € (92 Punkte)**

Bitte beachten Sie, dass die GOP 01460 und 01461 befristet bis zum 31. März 2022 in Ansatz gebracht werden können, weil dann die Begleiterhebung endet.

Eine weitere Leistung wurde zur Unterstützung bei der Antragsstellung in den EBM aufgenommen:

GOP 01626

- Ärztliche Stellungnahme für die Krankenkasse bei Beantragung einer Genehmigung zur Verordnung von Cannabis
- Unterstützung des Patienten bei der Antragsstellung auf Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten bzw. Arzneimitteln mit dem Wirkstoff Dronabinol oder Nabilon
- Einmal je Erstverordnung berechnungsfähig – Da für jede Erstverordnung eine Genehmigung erforderlich ist (auch bei Wechsel von getrockneten Blüten zu Extrakten), kann die GOP 01626 bis zu viermal im Krankheitsfall in Ansatz gebracht werden
- **Wert: 15,37 € (143 Punkte)**

Alle drei GOP werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 405. Sitzung

Palliativmedizinische Versorgung nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM

Aufgrund der Aufnahme des Abschnitts 37.3 „Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung“ in das EBM-Kapitel 37 (wir berichteten im Newsletter 4/2017) hatte der BA empfohlen in diesem Zusammenhang die Leistungen der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 EBM außerhalb der MGV zu finanzieren. Aus diesem Grund werden die GOP 03370-03373 und 04370-04373 seit dem 01.10.2017 bis voraussichtlich zum 30.09.2019 analog zu den Leistungen des Abschnitts 37.3 EBM extrabudgetär vergütet.



Postnatale In-Vitro-Diagnostik auch pränatal berechnungsfähig

Die Gebührenordnungspositionen 11502, 11503, 11513 und 11514 sind zum 4. Quartal 2017 im Ausnahmefall, unter Angabe der medizinischen Notwendigkeit, auch vorgeburtlich berechnungsfähig. Hierfür werden die o.g. Gebührenordnungspositionen mit dem Buchstabensuffix „V“ gekennzeichnet: 11502V, 11503V, 11513V sowie 11514V.

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 404. Sitzung

Abklärung vor der Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments ohne Überweisung

Die Gebührenordnungspositionen 30980 sowie 30981 können seit dem 4. Quartal 2017, sofern sich die Notwendigkeit aufgrund eines hausärztlichen Basisassessments gemäß GOP 03360 ergibt, auch ohne Überweisung abgerechnet werden. Hierfür werden die abgeleiteten Gebührenordnungspositionen 30980D sowie 30981D abgerechnet. Es erfolgt ein Abschlag von 50% auf die jeweilige Punktzahl.

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 397. Sitzung

EBM-Detailänderungen zum 1. Oktober 2017

Zum BA-Beschluss der 397. Sitzung am 21. Juni 2017 erfolgten bezüglich der Schrittmachersysteme inhaltliche Nachbesserungen:

- Die GOP 01438 (telefonische Kontaktaufnahme mit dem Patienten im Zusammenhang mit der telemedizinischen Funktionsanalyse von bestimmten Schrittmachersystemen) wurde an die seit 1. Oktober 2017 gültigen GOP 04414, 04416, 13574 und 13576 angeglichen
- In der Nr. 3 der Präambel 13.1 wurde klargestellt, dass Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie die GOP 13571 und 13573 bis 13576 auch dann abrechnen können, wenn sie am 30. Juni 2017 nicht über eine Genehmigung zur Durchführung von Funktionsanalysen von Herzschrittmachern, Kardioverttern bzw. Defibrillatoren und Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie gem. der Vereinbarung zur Herzschrittmacherkontrolle nach § 135 Abs. 2 SGB V verfügten, z. B. weil sie sich erst nach diesem Stichtag vertragsärztlich niederlassen.

Auch bezüglich der kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung gibt es eine Änderung:

- Die internistischen Grundpauschalen (GOP 13210 bis 13212) sind im Behandlungsfall neben der GOP 13360 (Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung) abrechenbar. Der Abrechnungsausschluss, der sich aus der zweiten Anmerkung der Grundpauschalen ergab, wurde zum 1. Oktober 2017 aufgehoben.

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 405. Sitzung

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: © Astrid Gast, Andrey Popov, Sebastian Kaulitzki, Soonthorn

Ausgabe 1/2018 (Januar 2018)

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