

Themen:

Neuerungen

Fachgruppenübergreifend

- Zweitmeinungsverfahren vor bestimmten Operationen
- Beratung von Heimbewohnern bei der Versorgungsplanung
- Neue Leistung zur Stoßwellentherapie bei Fersensporn
- Vermeidung nosokomialer Infektionen
- Anpassung der Vergütung der Knochendichtemessung
- Samstagzuschlag für Radiologen und Strahlentherapeuten

Haus- und Kinderärzte

- Erhöhung der Bewertung der Versichertenpauschale ab dem 76. Lebensjahr

Fachinternisten (fachärztlich tätig)

- Anpassung der Onkologievereinbarung

Humangenetiker

- Entfall der Qualitätssicherungsvereinbarung im Zusammenhang mit den GOPen 11235 und 11236 EBM

Pathologen

- Aufnahme der GOP 19461 in den EBM

Abrechnungshinweise

Fachgruppenübergreifend

- DMP-Datenversand an DAVASO

Kinderärzte

- Neuropädiatrische Betreuung
- U10/ U11-Vertrag und J2-Vertrag mit der Techniker Krankenkasse: Neue Formulare
- Kündigung des Vertrags zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S

Laborärzte

- Information zur Einhaltung der Richtlinienvorgaben für den Test auf occultes Blut im Stuhl (iFOBT)

Urologen

- Bauchtaorten- und Uro-Genital-Screening am selben Tag berechnungsfähig
- QS-Vereinbarung „Laserbehandlung bei bPS“ um zwei weitere Verfahren ergänzt

Nachträge zum Quartal 4/2018

Fachgruppenübergreifend

- HPV-Impfungen für Jungen
- QS-Vereinbarung „PET, PET/CT“ um zwei weitere Indikationen ergänzt

Fachinternisten (fachärztlich tätig)

- Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve (FFR) bei belegärztlicher Durchführung

Hautärzte

- Betreuung eines Patienten zwischen den Druckkammerbehandlungen

Ausblick

Fachgruppenübergreifend

- Anpassung der ärztlichen Gesundheitsuntersuchung für Erwachsene – Check-up 35

Augenärzte

- Optische Kohärenztomographie wird Kassenleistung

Neuerungen Fachgruppenübergreifend

Zweitmeinungsverfahren vor bestimmten Operationen

Ab dem Quartal 1/2019 können sich Patienten vor bestimmten Operationen eine zweite Meinung einholen. Dies ist zunächst vor einer Mandelteilresektion (Tonsillotomie), einer vollständigen Entfernung der Gaumenmandeln (Tonsillektomie) sowie vor einer Gebärmutterentfernung (Hysterektomie) möglich. Sofern ein Arzt seinem Patienten zu einem der genannten Eingriffe rät, muss er ihn ebenfalls auf den Anspruch eines Zweitmeinungsverfahrens hinweisen und alle dafür nötigen Befunde sowie das dazugehörige Merkblatt des G-BA zur Verfügung stellen. Um die Aufklärung und Beratung in diesem Zusammenhang zu honorieren wird zum Quartal 1/2019 die Gebührenordnungsposition (GOP) 01645 in den EBM-

Abschnitt 1.6 aufgenommen. Die Leistung ist mit 75 Punkten (8,12 €) bewertet und kann vom indikationsstellenden Arzt einmal im Krankheitsfall (innerhalb von vier Quartalen) abgerechnet werden. Die Vergütung erfolgt zunächst bis zum Ende des Jahres 2021 extrabudgetär.

Der Arzt, der die Zweitmeinung abgibt, rechnet für den Patienten seine jeweilige arztgruppenspezifische Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale ab. Diese wird ebenfalls befristet bis zum Ende des Jahres 2021 extrabudgetär vergütet. Auch weitere für die Beurteilung notwendige Untersuchungen werden bis zum genannten Zeitpunkt zu vollen Preisen vergütet, sofern sie medizinisch notwendig und

begründet sind.

Um eine extrabudgetäre Vergütung zu gewährleisten, muss sowohl die GOP 01645 EBM als auch die Leistungen, die im Rahmen eines Zweitmeinungsverfahrens erbracht werden, besonders gekennzeichnet werden. Die erforderliche Kennzeichnung wird derzeit abgestimmt. Sobald ein Ergebnis vorliegt, erhalten Sie hierzu nähere Informationen.

Um eine Zweitmeinung abrechnen zu können, wird eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung benötigt, da bestimmte allgemeine fachliche Voraussetzungen nachzuweisen sind.

Quelle: PraxisNachrichten vom 13.12.2018 und G-BA-Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL)

Beratung von Heimbewohnern bei der Versorgungsplanung

Pflegeheime können ihren Bewohnern eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten. Diese wird von einem Berater übernommen, der von der Einrichtung bestimmt wird.

In diesem Zusammenhang wird zum 1. Januar 2019 eine neue

Leistung in den EBM aufgenommen. Es handelt sich hierbei um die GOP 37400 EBM, die von Ärzten einmal im Quartal in Ansatz gebracht werden kann, wenn sie sich an der Beratung der Bewohner beteiligen. Sie ist mit 100 Punkten (10,86 €) bewertet und wird zunächst für zwei Jahre extrabud-

getär vergütet. Grundlage für die Berechnungsfähigkeit der neuen Leistung bildet eine Vereinbarung, die der GKV-Spitzenverband mit den Vereinigungen der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen getroffen hat.

Quelle: PraxisNachrichten vom 20.12.2018 und Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V

Neue Leistung zur Stoßwellentherapie bei Fersensporn

Zum 1. Januar 2019 wird die extrakorporale Stoßwellentherapie bei Fasciitis plantaris in den EBM aufgenommen. Die neue GOP 30440 EBM wird mit 247 Punkten (26,82 €) bewertet und extrabudgetär vergütet. Die Leistung kann dabei im Krankheitsfall für jeden betroffenen Fuß bis zu dreimal abgerechnet werden – in maximal

zwei aufeinanderfolgenden Quartalen. Die Leistung kann von Orthopäden und von Physikalischen und Rehabilitationsmedizinern abgerechnet werden. Die Voraussetzung zur Behandlung mittels Stoßwelle ist jedoch, dass die Patienten bereits mindestens sechs Monate unter Fersenschmerzen leiden und dadurch

in ihrer gewohnten körperlichen Aktivität eingeschränkt sind. Bis dahin müssen unterschiedliche Therapieansätze ohne relevante Beschwerdebesserung angewandt worden sein.

Quelle: KBV PraxisNachrichten vom 13.12.2018

Vermeidung nosokomialer Infektionen

Mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 13.11.2018 wird mit der GOP 01650 EBM ein Zuschlag für die Einrichtungsbeurteilung gemäß der Qesü-Richtlinie in den Abschnitt 1.6 EBM aufgenommen. Der Zuschlag kann von Orthopäden, Chirurgen, Frauenärzten und Urologen abgerechnet werden und gilt für die Leistungen

des Kapitels 31 und 36 EBM, die entsprechend der Spezifikation dokumentationsauslösende Leistungen beinhalten können. Die Leistung ist mit 47 Punkten (5,10 €) bewertet, der Höchstwert für den Zuschlag beträgt je Praxis 704 Punkte im Quartal. Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Ge-

samtvergütung.

Die GOP 01650 EBM tritt rückwirkend zum 1. Januar 2018 in Kraft. Die Leistung wird von der Kassenärztlichen Vereinigung zugesetzt.

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 429. Sitzung

Anpassung der Vergütung der Knochendichtemessung

Ab dem Quartal 1/2019 wird die Vergütung für die osteodensitometrischen Untersuchungen I und II im EBM angehoben.

GOP	GOP-Bezeichnung	Bewertung bis 31.12.2018	Bewertung ab 01.01.2019
34600	Osteodensitometrische Untersuchung I	161 Punkte (17,48 €) → innerhalb MGV	268 Punkte (29,10 €) → innerhalb MGV
34601	Osteodensitometrische Untersuchung II	161 Punkte (17,48 €) → extrabudgetär	268 Punkte (29,10 €) → extrabudgetär

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 430. Sitzung am 12.12.2018

Samstagszuschlag für Radiologen und Strahlentherapeuten

Ab dem Quartal 1/2019 ist der Samstagszuschlag nach der GOP 01102 auch für Radiologen und Strahlentherapeuten berechnungsfähig, wenn sie an Samstagen zwischen 7 und 14 Uhr Patienten

behandeln. Der Zuschlag ist mit 101 Punkten (10,97 €) bewertet und wird innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gezahlt.

Quelle: PraxisNachrichten vom 20.12.2018



Haus- und Kinderärzte

Erhöhung der Bewertung der Versichertenpauschale ab dem 76. Lebensjahr

Zum 1. Januar 2019 wird im hausärztlichen und kinderärztlichen Bereich die Versichertenpauschale in der Altersklasse ab dem 76. Lebensjahr um einen Punkt auf 211 Punkte angehoben.

Hintergrund ist die am 5. April 2018 in Kraft getretene geänderte Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege. Die Änderung der Richtlinie hat zur Folge, dass Vertragsärzte im

Rahmen der häuslichen Krankenpflege auch Unterstützungspflege verordnen dürfen und zudem der Leistungsanspruch für das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen um Kompressionsklasse I erweitert wurde. Für die Prüfung der Notwendigkeit und Koordination der häuslichen Krankenpflege ist die GOP 01420 EBM berechnungsfähig, die für Hausärzte zum 1. Januar 2008

in die Versichertenpauschale integriert wurde.

Mit der Anhebung der Punktzahl wird nun der zu erwartende Verordnungsanstieg für die häusliche Krankenpflege für Haus- und Kinderärzte berücksichtigt.

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 430. Sitzung am 12.12.2018

Fachinternisten (fachärztlich tätig)

Anpassung der Onkologievereinbarung

Um die qualifizierte ambulante Versorgung von onkologischen Patienten weiter zu verbessern, haben sich die KBV und der GKV-Spitzenverband zum Quartal 1/2019 auf folgende Anpassungen der Onkologievereinbarung geeinigt:

Neue Kostenpauschale 86520 für die orale zytostatische Tumorthherapie

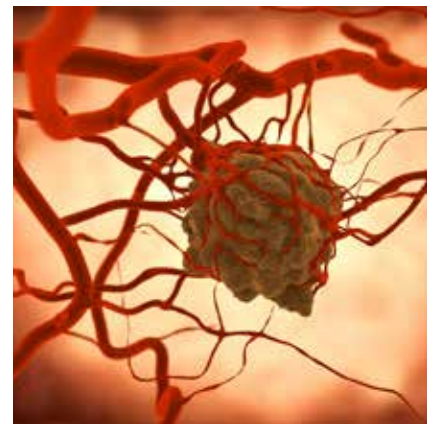
Ab dem 1. Januar 2019 können Fachinternisten mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie, die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen, die neue Kostenpauschale 86520 abrechnen. Die Leistung kann immer dann in Ansatz gebracht werden, wenn die Behandlung in Zusammenhang mit einer oralen zytostatischen Chemotherapie steht. Sie wird extrabudgetär als Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 vergütet und kann einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden. Für rein hormonell beziehungsweise rein anti-hormonell wirkende Substanzen

der ATC-Klasse L02 (endokrine Therapie) ist diese Leistung nicht berechnungsfähig. Die Bewertung beträgt 50% der Kostenpauschale 86516 für die intravenöse Gabe der Chemotherapie.

Onkologische Kooperationsgemeinschaft: Teilnahme eines Arztes mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin verpflichtend

Eine weitere Neuerung ab dem 1. Januar 2019 betrifft die Verpflichtung, dass in onkologischen Kooperationsgemeinschaften ein Arzt mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin vertreten sein muss. Hierauf haben sich KBV und GKV-Spitzenverband geeinigt. Ärzte, die bereits vor dem 31. Dezember 2018 eine Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung erhalten haben, müssen den kooperierenden Arzt bis spätestens 28. Februar 2019 an die Kassenärztliche Vereinigung melden.

Entfall der Befristung für die Kostenpauschale 86518



Die zeitliche Befristung der Kostenpauschale 86518 als Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die Palliativversorgung sowie nach erfolgter Operation ist aufgehoben worden. Die Leistung wird ab Januar weiterhin berechnungsfähig bleiben.

Quelle: Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie Vereinbarung“, letzte Änderung vom 05.12.2018 und KBV PraxisNachrichten vom 13.12.2018

Humangenetiker

Entfall der Qualitätssicherungsvereinbarung im Zusammenhang mit den GOPen 11235 und 11236 EBM

Mit Wirkung zum Quartal 1/2019 wurde beschlossen, dass nun endgültig auf eine Qualitätssicherungsvereinbarung für humangenetische Beurteilungsleistungen

nach den GOPen 11235 und 11236 verzichtet wird. Daher wird die entsprechende Ankündigung in den Anmerkungen der beiden GOPen gestrichen.

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 432. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Pathologen

Aufnahme der GOP 19461 in den EBM

Zum Quartal 1/2019 wird die GOP 19461 in Verbindung mit der Erweiterung des Anwendungsgebietes für den Wirkstoff Osimertinib in den Abschnitt 19.4.4 EBM aufgenommen. Die Leistung wird extrabudgetär vergütet und bildet eine Flüssigbiopsie (Liquid Biopsy;

Untersuchung von freier DNA im Plasma) für die Erstlinientherapie von erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) mit aktivierenden Mutationen des epidermalen Wachstumsfaktor-

Rezeptor-(EGFR)-Gens, ab. Die Leistung ist mit 3.934 Punkten (427,17 €) bewertet und kann bis zu zweimal im Krankheitsfall abgerechnet werden.

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 432. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Abrechnungshinweise Fachgruppenübergreifend

DMP-Datenversand an DAVASO

Die Übermittlung von DMP-Dokumentationen an die DMP-Datenstelle DAVASO auf Datenträgern (CD-ROM, Diskette, DVD) ist nur noch bis zum 31. Dezember 2018 zulässig. Ab dem 1. Januar 2019 können DMP-Daten nur noch elektronisch (KV-Portal, DMPonline, KV Connect) an die Datenstelle übersandt werden.

Änderungen auf Muster 20 – Stufenweise Wiedereingliederung

Mit Beginn des Quartals 1/2019 sind für die ärztliche Bescheinigung einer stufenweisen Wieder-

eingliederung das neue Muster 20 zu verwenden. Die alten Formulare dürfen ab diesem Moment nicht mehr genutzt werden.

Das Muster 20 ist unter anderem daraufhin geändert worden, dass die Beurteilung des Arztes nun „nach aktueller Betrachtung“ erfolgt. – Bisher haben die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) und die Deutsche Rentenversicherung (DRV) verschiedene Anforderungen an die Bescheinigung gestellt. Mit Änderung des Musters 20 wurden nun die formalen Voraussetzungen dafür geschaffen, dass die DRV auf die

bisher üblichen Nachfragen an die Vertragsärzte verzichtet.

Eine weitere Änderung bezieht sich auf die Angabe des Zeitpunktes der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Diese Angabe wird nicht mehr zwingend erforderlich sein. Da der auf dem Wiedereingliederungsplan prognostizierte letzte Tag der stufenweisen Wiedereingliederung in der Regel dem voraussichtlichen Tag der Arbeitsunfähigkeit entspricht, haben sich GKV-Spitzenverband und die KBV sowie der DRV darauf geeinigt.

Quelle: PraxisNachrichten vom 22.11.2018

Kinderärzte

Neuropädiatrische Betreuung

Der Bewertungsausschuss hat beschlossen, dass die Zusatzpauschale für die neuropädiatrische Betreuung (GOP 04433 EBM, 299

Punkte; 32,47 €) ab dem Quartal 1/2019 auch für Patienten mit dem ICD-10-Kode G90.60 (Komplexes regionales Schmerzsyndrom der

oberen Extremität, Typ II: Kausalgie) berechnungsfähig ist.

Quelle: PraxisNachrichten vom 20.12.2018

U10/ U11-Vertrag und J2-Vertrag mit der Techniker Krankenkasse: Neue Formulare

Ab dem 1. Januar 2019 gibt es neue Versicherten-Teilnahmeformulare für den U10/U11-Vertrag und den J2-Vertrag mit der Techniker Krankenkasse. Die Anpassungen waren

aufgrund der Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Union (EU-DSGVO) erforderlich. Die Formulare finden Sie auf der Internetseite der KV Hamburg:

www.kvhh.de → [Formulare & Infomaterial](#) → [KVH-Formulare](#) → [Downloadbereich](#) → „P“ → [Pädiatrische Versorgung \(U10/ U11/J2\)](#).

Kündigung des Vertrags zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S

Die AOK Rheinland/Hamburg hat den Vertrag zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S

zum 31.12.2018 gekündigt. Die in Anlage L des Gesamtvertrages aufgeführten Sondernummern 93100 bis 93108 sind dementsprechend nicht länger berechnungsfähig.



Laborärzte

Information zur Einhaltung der Richtlinienvorgaben für den Test auf occultes Blut im Stuhl (iFOBT)

Dem G-BA liegen nun die geforderten bundesweiten Daten aus dem Quartal 1/2018 der iFOBT-Quartalsberichte aller KVen vor. Es ist möglich, dass der G-BA die eingesetzten Tests nun dahingehend überprüft, ob sie den Vorgaben der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL) des G-BA entsprechen. Da es Hinweise dafür gibt, dass nicht alle Tests die Vorgaben erfüllen, möchten wir Sie dahingehend informieren, auf die Einhaltung der Richtlinienvorgaben für die Test

zu achten, zumal Regressforderungen durch die Krankenkasse ansonsten nicht ausgeschlossen werden können.

Zudem wurde ein bundesweites Ungleichgewicht in der Abrechnung der GOP 01737 EBM (Ausgabe des Tests) und der GOP 01738 EBM (Analyse im Labor) festgestellt. Aufgrund dessen möchten wir Sie darauf sensibilisieren, die Anspruchs-Bedingungen nach § 37 KFE-RL für Maßnahmen zur Früherkennung von kolorektalen

Karzinomen bei der Abrechnung zu beachten. Sind diese Bedingungen nicht erfüllt, kommt ggf. die Abrechnung der GOP 32457 EBM in Frage.

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 393. Sitzung am 29.03.2017 zur Festlegung der Vorgaben zum Nachweis der Erfüllung der Kriterien gemäß § 39 Abs. 1 der Krebsfrüherkennungs- Richtlinie des G-BA durch den Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 SGB V mit Wirkung zum 01.04.2017

Aktuelle Informationen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für das Quartal 1/2019

Urologen

Bauchaorten- und Uro-Genital-Screening am selben Tag berechnungsfähig

Ab dem Quartal 1/2019 dürfen Vertragsärzte das Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen (GOP 01748 EBM) und eine Uro-Genital-Sonographie (GOP 33043 EBM) am selben Behandlungstag durchführen und abrechnen. Die

Aufhebung des Ausschlusses liegt darin begründet, dass Urologen für die Erbringung beider Leistungen zugelassen sind und die Patienten nun nicht mehr an zwei Tagen in die Praxis bestellt werden müssen. Allerdings wird in

solchen Fällen für die GOP 33043 EBM ein Abschlag in Höhe von 8 Punkten vorgenommen, sodass sie statt mit 87 Punkten (9,45 €) mit 79 Punkten (8,58 €) vergütet wird.

Quelle: PraxisNachrichten vom 20.12.2018

QS-Vereinbarung „Laserbehandlung bei bPS“ um zwei weitere Verfahren ergänzt

Die Qualitätssicherungsvereinbarung Laserbehandlung des benignen Prostatasyndroms (bPS) wird zum 1. Quartal 2019 um zwei weitere Verfahren erweitert. Nachdem zum 1. April 2018 das Verfahren der Thulium-Laserresektion (TmLRP) zusätzlich zu den Verfahren der Holmium-Laserenukleation (HoLEP) und der Holmium-Laserresektion (HoLRP) neu in die QS-Vereinbarung Laserbehandlung bei bPS aufgenommen worden war, wurde diese nun um die beiden Verfahren der Thulium-Laserenukleation (TmLEP) und der Photoselektiven Vaporisation

(PVP) ergänzt. Zum 1. Oktober 2018 wurden aufgrund dessen vom Bewertungsausschuss die OPS-Kodes 5-601.72 für das Verfahren Thulium-Laserenukleation sowie 5-601.42 für das Verfahren Photoselektive Vaporisation in den Anhang 2 des EBM aufgenommen. Die Abrechnung erfolgt über die bereits bestehende GOP 36289 (Laserendoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie RW3) sowie über den dazugehörigen Zuschlag (GOP 36290). Bis zum Inkrafttreten der erweiterten QS-Vereinbarung Laserbehandlung bei bPS am 1. Januar 2019 können

erbrachte Leistungen der neu aufgenommenen Laserverfahren übergangsweise bei Vorliegen einer Genehmigung nach der bestehenden QS-Vereinbarung berechnet werden. Diese Übergangsregelung gilt bis zum 31. Dezember 2018.

Quelle: Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zu Nicht-medikamentösen, lokalen Verfahren zur Laserbehandlung des benignen Prostatasyndroms (bPS) vom 1. April 2018 in der ab dem 1. Januar 2019 geltenden Fassung

Nachträge zum Quartal 4/2018 Fachgruppenübergreifend

HPV-Impfungen für Jungen

Seit dem 30. November 2018 ist die HPV-Impfung auch für Jungen im Alter von 9 bis 14 Jahren eine Kassenleistung. Damit übernehmen jetzt alle gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für

die Impfung.

Die Bestellung des Impfstoffs erfolgt wie bei Mädchen als Impfstoffanforderung über die Rezeptprüfstelle Duderstadt. Für die erste Dosis wird die Ziffer 89110 A

und für die letzte Dosis die 89110 B angesetzt. Nachholimpfungen sind im Alter von 15 bis 17 Jahren als Pflichtleistung möglich.

QS-Vereinbarung „PET, PET/CT“ um zwei weitere Indikationen ergänzt

Nachdem der G-BA im Mai beschlossen hatte, dass die Positronenemissionstomografie/ Computertomografie (PET/CT) bei zwei weiteren Indikationen zur Diagnostik eingesetzt werden kann, wurde jetzt die entsprechende Qualitätssicherungsvereinbarung zum 01.12.2018 angepasst. Bei den zwei neuen Indikationen handelt sich um Untersuchungen

- zur Entscheidung über die notwendige Anzahl von Chemotherapiezyklen bei Hodgkin-Lymphomen im fortgeschrittenen

Stadium nach zwei Zyklen leitliniengerechter Chemotherapie beziehungsweise

- zu malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen.

Für Ärzte, die bereits eine Genehmigung für PET- beziehungsweise PET/CT-Leistungen haben, wurde eine Übergangsregelung vereinbart. Sie erhalten eine Genehmigung auch für die beiden neuen Indikationen, wenn sie diese innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der geänderten

Qualitätssicherungsvereinbarung bei ihrer Kassenärztlichen Vereinigung beantragen und die Erfüllung der Anforderungen nachweisen. Betrifft Radiologen und Nuklearmediziner.

Quelle: Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen Positronenemissionstomographie, diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie in der ab dem 01.12.2018 geltenden Fassung

Fachinternisten (fachärztlich tätig)

Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve (FFR) bei belegärztlicher Durchführung

Die Sachkostenpauschale 40301 EBM, die die Ärzte als Kostenerstattung bei der Erbringung der FFR erhalten, ist bei belegärztlicher Durchführung der FFR nicht

berechnungsfähig. Die Sachkosten sind in diesen Fällen vom Krankenhaus zu tragen, in dem der Belegarzt die Untersuchung durchgeführt hat. Dies hat der Be-

wertungsausschuss rückwirkend zum 1. Oktober 2018 klargestellt.

Quelle: PraxisNachrichten vom 20.12.2018

Hautärzte

Betreuung eines Patienten zwischen den Druckkammerbehandlungen

Rückwirkend zum Quartal 4/2018 wurde vom Bewertungsausschuss beschlossen, dass die Betreuung eines Patienten zwischen den

Druckkammerbehandlungen nach der GOP 30214 EBM (140 Punkte; 15,20 €) bei der hyperbaren Sauerstofftherapie auch von Hautärzten

abgerechnet werden kann.

Quelle: PraxisNachrichten vom 20.12.2018

Ausblick Fachgruppenübergreifend

Anpassung der ärztlichen Gesundheitsuntersuchung für Erwachsene – Check-up 35

Am 19.07.2018 hat der G-BA eine Anpassung der ärztlichen Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene beschlossen. Hierbei wurde u. a. das Untersuchungsintervall angepasst. Gesetzlich Krankenversicherte ab 35 Jahren werden künftig nur noch alle drei und nicht mehr alle zwei Jahre Anspruch auf die Untersuchung haben. Eine weitere Änderung besteht darin, dass zukünftig auch

jüngere Versicherte zwischen dem 18. und 35. Lebensjahr einmalig den Check-up erhalten können. Nachdem der Beschluss am 24.10.2018 im Bundesanzeiger veröffentlicht wurde, ist er am 25.10.2018 in Kraft getreten. Ab diesem Zeitpunkt hat der Bewertungsausschuss 6 Monate Zeit die Vergütung zu regeln. Erst wenn diese feststeht, haben Versicherte Anspruch auf die Untersuchung

nach der angepassten Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie. Bis dahin gilt die vorherige Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie. Sobald uns hierzu weitere Informationen vorliegen, werden wir Sie informieren.

Quelle: Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie: Anpassung der ärztlichen Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene

Augenärzte

Optische Kohärenztomographie wird Kassenleistung

Am 20.12.2018 hat der Gemeinsame Bundesausschuss beschlossen, dass Augenärzte die optische Kohärenztomographie (OCT) zur Diagnostik und Therapiesteuerung bei Netzhauterkrankungen künftig bei Patienten mit einer neovaskulären altersbedingten Makuladegeneration oder mit einem Makulaödem im Zusam-

menhang mit einer diabetischen Retinopathie ambulant anwenden können. Die Details zu den Einsatzmöglichkeiten und Anforderungen hat der G-BA in der Richtlinie Methoden Vertragsärztliche Versorgung festgelegt. Das Bundesgesundheitsministerium hat bis zum 20.02.2018 Zeit, den Beschluss zu prüfen.

Nach Inkrafttreten hat der Bewertungsausschuss 6 Monate Zeit die Vergütung festzulegen. Erst wenn diese feststeht, haben Patienten Anspruch auf diese Leistung. Sobald die Vergütung feststeht, werden wir Sie informieren.

Quelle: PraxisNachrichten vom 20.12.2018

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 © Tracy Martinez, pix4U, Elnur, Juan Gärtner

Ausgabe 1/2019 (Januar 2019)

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