

Aktuelle Informationen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Ausgabe vom 22.07.2019 für das Quartal 3/2019

Fachgruppenübergreifend

- Impfung gegen Gürtelrose seit Mai 2019 Kassenleistung
- Informationen zur Darmkrebsfrüherkennung
- Beitritt der TK zum DAK-Vertrag „Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie“
- Beitritt der HEK zum Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus
- Vertrag zur Stärkung der Arzneimitteltherapiesicherheit bei der oralen Antikoagulation
- Impfleistungen im Rahmen von Auslandsreisen – Vereinbarung mit der BARMER
- Neue EBM-Regelungen bei Intersexualität und Transsexualität

Anästhesisten und HNO-Ärzte

- Aufnahme der Tonsillotomie in den EBM und Kündigung des Tonsillotomie-Vertrags mit der BARMER

HNO-Ärzte und Frauenärzte

- Erratum zum Zweitmeinungsverfahren

Frauenärzte

- Neue Regelungen zur Empfängnisverhütung

- Mutterschaftsvorsorge: Anpassung der Mutterschafts-Richtlinie (Mu-RL)

Frauenärzte und Laborärzte

- Vertrag „Hallo Baby“ – Am 01.07.2019 startet die Versicherteneinschreibung

Fachinternisten für Rheumatologie / Fachärzte mit der Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie

- Vertrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität von BARMER-Versicherten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen

Laborärzte

- Ergänzung des Erweiterten Neugeborenen-Screenings
- Neue Leistung für Resistenztestung vor HIV-Medikation

Neurologen

- Behandlung mit Fingolimod wird vergütet

Psychotherapeuten

- Rückwirkende Höherbewertung psychotherapeutischer Leistungen
- Anpassung der Stundenkontingente für Patienten mit geistiger Behinderung

TSVG

- Extrabudgetäre Vergütung für TSS-Terminfälle und HA-Vermittlungsfälle geregelt
- Ausblick zum TSVG

Fachgruppenübergreifend

Impfung gegen Gürtelrose seit Mai 2019 Kassenleistung

Am 07.03.2019 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen, die Schutzimpfungs-Richtlinie um die Impfung mit dem Herpes zoster-subunit-Totimpfstoff zu erweitern.

Damit ist er der Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) gefolgt.

Aus diesem Grund haben gesetzlich Versicherte ab einem Alter von 60 Jahren seit dem 1. Mai 2019 Anspruch auf die Impfung als Kassenleistung. Die Abrechnung erfolgt mittels der Symbolnummer (SNR) 89128A/B.

Für Personen mit einer erhöhten gesundheitlichen Gefährdung für das Auftreten eines Herpes Zoster empfiehlt die STIKO eine Indikationsimpfung schon ab 50 Jahren. In diesen Fällen kann die SNR 89129A/B in Ansatz gebracht werden.

Zu den Grunderkrankungen, bei denen die STIKO eine erhöhte Gefährdung sieht, zählen beispielsweise

- Angeborene bzw. erworbene Immundefizienz bzw. Immunsuppression
- HIV-Infektion
- Rheumatoide Arthritis
- Systemischer Lupus erythematodes
- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
- Chronisch obstruktive Lungenerkrankung oder Asthma bronchiale
- Chronische Niereninsuffizienz
- Diabetes mellitus

Der Impfstoff Shingrix® kann - wie die anderen Impfstoffe für Impfungen, die zu den Pflichtleistungen der Kassen gehören - über die Rezeptstelle Duderstadt als Impfbedarf angefordert werden.

Die Impfserie für den HZ/su-Totimpfstoff besteht aus zwei Impfstoffdosen, die intramuskulär im Abstand von mindestens zwei bis maximal

sechs Monaten verabreicht werden.

Der Hersteller des Impfstoffes Shingrix® (GSK) informierte die KV Hamburg über einen vorübergehenden Lieferengpass aufgrund der bundesweiten hohen Nachfrage. Die Einzeldosis ist voraussichtlich erst wieder im Dezember 2019 lieferbar. Die 10er-Packung wird voraussichtlich schon Ende Juli wieder verfügbar sein.

Für die Praxis: Die zweite Impfdosis ist vor allem für den Langzeitschutz verantwortlich und sollte innerhalb von zwei bis sechs Monaten nach der ersten Dosis gegeben werden. Daher sollten aufgrund des Lieferengpasses Patienten priorisiert werden, bei denen die Impfserie abgeschlossen wird, um zu verhindern, dass angeimpfte Personen ohne zweite Dosis verbleiben.

Bitte beachten Sie: Die Impfung mit dem Herpes-Zoster-Lebendimpfstoff Zostavax® wird von der STIKO derzeit

nicht als Standardimpfung empfohlen, weshalb sie auch nicht als Kassenleistung ab-

gerechnet werden kann. *Beschluss des G-BA vom 07.03.2019, Schutzimpfungs-Richtlinie: Umset-*

zung der STIKO-Empfehlung einer Impfung mit dem Herpes zoster-subunit-Totimpfstoff

Fachgruppenübergreifend

Informationen zur Darmkrebs-Früherkennung

Aufgrund vieler Nachfragen möchten wir Ihnen an dieser Stelle nochmal mitteilen, dass Männer seit dem 19.04.2019 bereits ab 50 Jahren Anspruch auf eine Koloskopie nach der Gebührenordnungsposition (GOP) 01741 EBM haben. Für Frauen wurde die Altersgrenze hingegen nicht abgesenkt,

sodass der Leistungsanspruch weiterhin ab 55 Jahren besteht.

In diesem Zusammenhang wurde auch die Altersgrenze für die ausführliche Beratung zur Früherkennung von Darmkrebs nach der GOP 01740 EBM angepasst. Alle Versicherte können diese nun

einmalig ab 50 Jahren in Anspruch nehmen.

Wie bereits im Newsletter 2/2019 mitgeteilt, wurde aufgrund der Anpassungen auch die Bewertung der GOP 01740 EBM von 11,31 € (103 Punkte) auf 12,63 € (115 Punkte) angehoben. *Beschluss des Bewertungsausschusses, 435. Sitzung, 29.03.2019.*

Fachgruppenübergreifend

Beitritt der TK zum DAK-Vertrag "Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie"

Mit Wirkung zum 1. Juli 2019 ist die TK dem o. g. DAK-Vertrag beigetreten.

Somit können die im Vertrag aufgeführten Leistungen nun auch für TK-Versicherte in Ansatz gebracht werden, sofern sich diese aufgrund ihrer Hypertonieerkrankung in regelmäßiger ärztlicher Be-

handlung befinden und die in Anlage 1 bzw. 2 des Vertrags genannten spezifischen Teilnahmebedingungen erfüllen.

Eine kompakte Darstellung der abrechnungsfähigen Leistungen sowie weitere Informationen zum Vertrag finden Sie in der pdf-Version

des Abrechnungsnewsletters 2/2019.

Für die Teilnahme am Vertrag ist für Versicherte und Ärzte die Abgabe einer Teilnahmeerklärung erforderlich.

Beide Formulare - Teilnahmeerklärungen für TK-Versicherte und Ärzte - sind

im Internetauftritt der KV
Hamburg eingestellt:

www.kvhh.de - Formulare &
Infomaterial - Formulare -

Downloadbereich unter „H“:
„Hypertonie“ *Vertrag über die
frühzeitige Diagnostik und Behand-
lung von Begleiterkrankungen der*

*Hypertonie auf der Grundlage von §
140a SGB V*

Fachgruppenübergreifend

Beitritt der HEK zum Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus

Zum Quartal 3/2019 ist die
HEK dem o. g. Vertrag beige-
treten.

Die im Vertrag genannten
Leistungen können somit ab
sofort auch für HEK-
Versicherte abgerechnet
werden, sofern diese die im
Vertrag genannten Voraus-
setzungen erfüllen.

Um welche Leistungen es
sich hierbei konkret handelt,

können Sie direkt dem Ver-
trag oder zusammengefasst
der pdf-Version des Newslet-
ters 3/2017 entnehmen.

Für die Teilnahme am Vertrag
ist sowohl für Versicherte als
auch für Ärzte die Abgabe
einer Teilnahmeerklärung
erforderlich.

Beide Formulare - Teilnah-
meerklärung für HEK-
Versicherte und Ärzte - sind

auf der Internetseite der KV
Hamburg eingestellt:

www.kvhh.de - Formulare &
Infomaterial - Formulare -
Downloadbereich unter „D“:
„Diabetes mellitus“ *Vertrag
über die frühzeitige Diagnostik und
Behandlung von Begleiterkrankun-
gen des Diabetes mellitus auf der
Grundlage des § 140a SGB*

Fachgruppenübergreifend

Vertrag zur Stärkung der Arzneimitteltherapiesicherheit bei der oralen Antikoagulation

Um das Leitsubstanzziel „An-
tikoagulantien“ der Wirk-
stoffvereinbarung zu fördern
bzw. zu erreichen haben sich

die KV Hamburg und der
BKK-Landesverband NORD-
WEST im Rahmen des o. g.
Vertrages auf die Aufnahme

von drei neuen Leistungen
geeignet. Dadurch soll ab dem
01.07.2019 u. a. der durch
Vitamin K-Antagonisten (VKA)

bedingte erhöhte Beratungs- und Schulungsbedarf zusätzlich vergütet werden.

An dem Vertrag können alle im Bereich der KV Hamburg zugelassenen, ermächtigten, in einer Praxis angestellten sowie in einem MVZ tätigen Ärzte teilnehmen. Hiervon ausgenommen sind Arztgruppen ohne direkten Arzt-Patienten-Kontakt.

Um am Vertrag teilnehmen zu können, muss eine Teilnahmeerklärung ausgefüllt an die KVH übermittelt werden. Die-

se finden Sie in Anhang 1 des Vertrags.

Zu den Aufgaben der teilnehmenden Ärzte zählen u. a. die Aufklärung des Patienten im Rahmen eines intensivierte Patientengesprächs über Risiken und Nebenwirkungen der Therapie und entsprechende Therapiealternativen sowie die Durchführung einer Arzneimittelanamnese.

Die unten aufgeführten Leistungen können für Versicherte in Ansatz gebracht werden, die bei einer der am Vertrag

teilnehmenden BKKn versichert sind und für die eine der in § 4 Nr. 2 aufgeführten Diagnosen gesichert vorliegt.

Im Vertrag können Sie weitere Vergütungs- und Teilnahmevoraussetzungen nachlesen.

Folgende Leistungen sind im Rahmen des Vertrags abrechnungsfähig:

Leistungsinhalt	Vergütung	GOP	Bemerkung
Quartalspauschale bei Neueinstellung auf dauerhafte VKA-Therapie - quartalsweise je Patient für maximal vier aufeinanderfolgende Quartale			
Intensiviertes Patientengespräch mind. 15 Minuten unter Berücksichtigung folgender Inhalte: • Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen der Therapie und Therapiealternativen, • Arzt-Patient-Kontakt • Bedeutung der Mitarbeit des Patienten und regelmäßiger Kontrollen • Aushändigung der Patienteninformation • Ernährungsberatung • Ausstellen und Erläuterung der Handhabung des Behandlungspasses	30,00 €	93120	• Die GOP 93120 ist quartalsweise maximal in vier aufeinanderfolgenden Quartalen abrechnungsfähig • Die GOP 93120 ist im selben Quartal nicht neben den GOP 93121 und 93122 abrechnungsfähig • Der Mehraufwand für die Versorgung von Versicherten in vollstationären Pflegeeinrichtungen ist in der Pauschale bereits enthalten und somit abgegolten.
Quartalsweise Aufwandspauschale bei (bestehender) dauerhafter VKA-Therapie - pro Patient			
• Laboruntersuchungen (INR-Kontrolle in der Praxis bzw. im Labor/Laborgemeinschaft oder Selbstkontrolle durch den Patient nach Verordnung von Messstreifen und umfassender Beratung) • Führen des Behandlungspasses • Einwirken auf die Adhärenz des Patienten	15,00 €	93121	• Die GOP 93121 ist im selben Quartal nicht neben der GOP 93120 abrechnungsfähig

• Arzt-Patient-Kontakt • ggf. Anpassung der Arzneimitteltherapie			
• Zuschlag für die Versorgung von Versicherten in vollstationären Pflegeeinrichtungen	2,50 €	93122	• Die GOP 93122 ist im selben Quartal nicht neben der GOP 93120 abrechnungsfähig • Die GOP 93122 ist ausschließlich als Zuschlag zur GOP 93121 abrechnungsfähig.

Bitte beachten Sie, dass die Veröffentlichung des Vertrages derzeit noch unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung steht. Das Unterschrift-

tenverfahren wird derzeit durchgeführt. Sobald dieses abgeschlossen ist, finden Sie den Vertrag auf der Homepage der KV Hamburg unter

dem Menüpunkt „Recht und Verträge“. [Vertrag zur Stärkung der Arzneimitteltherapiesicherheit bei der oralen Antikoagulation „Vitamin K-Antagonisten Therapie“](#)

Fachgruppenübergreifend

Impfvereinbarung im Rahmen von Auslandsreisen – Vereinbarung mit der BARMER

Rückwirkend zum Quartal 2/2019 möchten wir Ihnen an dieser Stelle mitteilen, dass die BARMER seit dem

01.04.2019 die Kosten für die unten aufgeführten Schutzimpfungen bei Auslandsreisen für ihre Versicherten

übernimmt. Die Abrechnung und Vergütung erfolgt mit folgenden SNR:

Impfung	SNR	Vergütung 01.04.2019 bis 31.03.2020	Vergütung ab dem 01.04.2020
Cholera	89800 (W)	12,00 € (6,00 €)	15,00 € (7,50 €)
FSME	89801 (W)	12,00 € (6,00 €)	15,00 € (7,50 €)
Gelbfieber	89802 (W)	12,00 € (6,00 €)	15,00 € (7,50 €)
Hepatitis A	89803 (W)	12,00 € (6,00 €)	15,00 € (7,50 €)
Hepatitis B	89804 (W)	12,00 € (6,00 €)	15,00 € (7,50 €)

Japanische Enzephalitis	89805 (W)	12,00 € (6,00 €)	15,00 € (7,50 €)
Hepatitis A und B (Kombi-Impfstoff)	89806 (W)	21,00 € (10,50 €)	21,00 € (10,50 €)
Typhus und Hepatitis A (Kombi-Impfstoff)	89807 (W)	21,00 € (10,50 €)	21,00 € (10,50 €)
Meningokokken B	89808 (W)	12,00 € (6,00 €)	15,00 € (7,50 €)
Meningokokken C	89809 (W)	12,00 € (6,00 €)	15,00 € (7,50 €)
Meningokokken ACWY	89810 (W)	12,00 € (6,00 €)	15,00 € (7,50 €)
Tollwut	89811 (W)	12,00 € (6,00 €)	15,00 € (7,50 €)
Typhus	89812 (W)	12,00 € (6,00 €)	15,00 € (7,50 €)
Beratung zur Malaria-Prophylaxe	89813 (W)	10,00 € (5,00 €)	10,00 € (5,00 €)

Bei jeder weiteren Impfung im Rahmen desselben Arzt-Patienten-Kontaktes ist die entsprechende SNR mit dem Buchstaben W zu kennzeichnen. Diese SNR werden jeweils mit einer Pauschale in Höhe von 50 % der ungekennzeichneten SNR nach Absatz 1 vergütet.

Der jeweilige Impfstoff ist mit Muster 16 auf den Namen des Patienten/der Patientin zu Lasten der BARMER zu beziehen. Das Markierungsfeld 8 (Impfstoffe) des Musters 16 ist anzukreuzen. Auf diesem Arzneverordnungsblatt ist

ausschließlich der jeweilige Impfstoff für die in diesem Vertrag vereinbarten Impfungen zu verordnen. Ein Bezug der Impfstoffe zu Lasten des Sprechstundenbedarfs (SSB) ist ausgeschlossen.

Der Gelbfieberimpfstoff kann alternativ auch direkt durch die Gelbfieberimpfstelle bezogen werden, in diesen Fällen erfolgt eine Abrechnung der Impfstoffkosten unter Vorlage geeigneter Nachweise auf dem Behandlungsschein des Patienten.

Die Tabletten zur Malaria-Prophylaxe sind mit Muster 16 auf den Namen des Patienten/der Patientin zu Lasten der BARMER zu beziehen.

Die Vereinbarung können Sie auf der Internetseite der KV Hamburg einsehen:

www.kvhh.de - Recht und Verträge - Amtliche Bekanntmachungen - Impfvereinbarung auf der Grundlage von § 132e SGB V in Verbindung mit § 20i Absatz 2 SGB V über die Durchführung und Abrechnung von Impfleistungen im Rahmen von Aus-

landsreisen als Satzungsleistung mit der BARMER. *Impfvereinbarung auf der Grundlage von*

§ 132e SGB V i. V. m. § 20i Abs. 2 SGB V über die Durchführung und Abrechnung von Impfleistungen im

Rahmen von Auslandsreisen mit der BARMER

Fachgruppenübergreifend

Neue EBM-Regelungen bei Intersexualität und Transsexualität

Ab dem 01.07.2019 sind Leistungen auch dann berechnungsfähig, wenn die personenstandsrechtliche Zuordnung nicht der Geschlechtszuordnung der Anspruchsberechtigten der jeweiligen GOP entspricht.

Die Allgemeinen Bestimmungen des EBM wurden in diesem Zusammenhang vom

Bewertungsausschuss angepasst.

So kann z. B. das Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen, auf das Männer ab 65 Jahren Anspruch haben, nun auch bei Intersexualität und Transsexualität durchgeführt und mit den üblichen GOP 01747 und 01748 abgerechnet werden.

Es spielt also keine Rolle welches Geschlecht im Pass des Patienten steht. Voraussetzung ist, dass eine medizinische Begründung einschließlich des ICD-10-Kodes für Intersexualität und Transsexualität angegeben wird.

Beschluss des Bewertungsausschusses, 439. Sitzung, 19.06.2019

Anästhesisten und HNO-Ärzte

Aufnahme der Tonsillotomie in den EBM und Kündigung des Tonsillotomie-Vertrags mit der BARMER

Mit Wirkung zum 01.07.2019 hat der Bewertungsausschuss die Methode der Tonsillotomie bei Hyperplasie der Tonsillen in den EBM aufgenommen. Hierzu wurde der Anhang 2 des EBM um den OPS-Kode 5-281.5 erweitert.

So kann die Tonsillotomie von HNO-Ärzten nun über die GOP 31232 (1.593 Punkte / 174,93 €) bzw. 36232 (877 Punkte / 96,31 €) als ambulanter bzw. belegärztlicher Eingriff abgerechnet werden.

Die operative Teilentfernung vergrößerter Gaumenmandeln kann bei Patienten ab dem vollendeten ersten Lebensjahr durchgeführt werden, bei denen die Hyperplasie eine symptomatische, klinisch relevante Beein-

trächtigkeit darstellt und eine konservative Behandlung nicht ausreicht.

Aufgrund der Aufnahme des Eingriffs in den EBM haben sich die KV Hamburg und die BARMER im gegenseitigen Einvernehmen für die Aufhebung des am 1. April 2011 geschlossenen Vertrags nach § 73c SGB V über die Durchführung der Tonsillotomie zum 30.06.2019 entschieden.

Folgende SNR können somit zukünftig nicht mehr abrechnet werden:

- Für Operationsleistungen durch den HNO-Arzt: SNR 97070A bis 97070F
- Für Anästhesieleistungen: SNR 97071A bis 97071F
- Für postoperative Nachbehandlungen durch den HNO-Arzt: SNR 97072A und 97072B

Für Patienten, deren Operation vor dem Beendigungszeitpunkt des BARMER-Vertrages durchgeführt wurde, können ausnahmsweise die vertraglich vereinbarten Nachuntersuchungen auch noch nach dem Beendigungszeitpunkt erbracht und abrechnet werden. Die Abrechnung muss in diesem Falle spätestens 6 Monate nach Abschluss der Operation erfolgen. Andernfalls verfällt der Vergütungsanspruch.

Beschluss des Bewertungsausschusses, 439. Sitzung, 19.06.2019

HNO-Ärzte und Frauenärzte

Erratum zum Zweitmeinungsverfahren

Im Newsletter 2/2019 teilten wir in den Nachträgen zum Zweitmeinungsverfahren mit, dass der Patient vom zweitmeinungsgebenden Arzt auf der Scheinuntergruppe 24 (Muster 6) anzulegen ist. Dies würde bedeuten, dass die Erteilung einer Zweitmeinung ausschließlich auf Überwei-

sung erfolgen darf. Diese Aussage möchten wir hiermit widerrufen. So ist die Durchführung eines Zweitmeinungsverfahrens auch ohne Vorliegen einer Überweisung möglich. Es ist ausschließlich eine Genehmigung erforderlich.

An dieser Stelle möchten wir zudem darauf hinweisen, dass der im Begründungstext angegebene Buchstabe (88200A bzw. 88200B), anders als im Newsletter 2/2019 mitgeteilt, auch klein geschrieben werden darf.

Frauenärzte

Neue Regelungen zur Empfängnisverhütung

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch, wurde die Regelung zur Empfängnisverhütung angepasst.

Frauen haben nun bis zum vollendeten 22. Lebensjahr Anspruch auf verschreibungspflichtige empfängnisverhütende Mittel auf Kassenrezept. Bislang galt der Anspruch nur bis zum 20. Geburtstag.

Die höhere Altersgrenze gilt auch für den Anspruch auf ärztlich verordnete nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva. Die gesetzliche Neuregelung gilt seit dem 29. März 2019.

Aufgrund der kurzen Frist für die Anpassung des EBM hatte

der Bewertungsausschuss zwischenzeitlich festgelegt, dass die Abrechnung über das Kostenerstattungsprinzip für Patientinnen im Alter von 20 und 21 Jahren geregelt wird, bis die im EBM angegebene Altersgrenze angehoben wird.

Hiervon waren das Einlegen, Wechseln oder Entfernen eines Intrauterinpessars (GOP 01830 EBM) und die subkutane Applikation eines Depot-Kontrazeptivums (GOP 01832 EBM) betroffen.

Die im EBM angegebene Altersgrenze wurde nun mit Wirkung zum 14. Juni 2019 angepasst, sodass das Kostenerstattungsprinzip für die GOP 01830 und GOP 01832 entfällt.

Seitdem sind diese Leistungen nach EBM auch für 20- und 21-jährige Patientinnen regulär zulasten der GKV abrechenbar und die IUPs und Depot-Kontrazeptiva zulasten der GKV verordnungsfähig.

Die Wahl, welches empfängnisverhütende Mittel zulasten der Krankenkasse verordnet wird, trifft der Arzt gemeinsam mit der Patientin.

Durch die Anhebung der Altersgrenze sollen junge Frauen, die gegebenenfalls die Kosten für empfängnisverhütende Mittel nicht aufbringen können, stärker unterstützt werden. [*Beschluss des Bewertungsausschusses, 440. Sitzung, schriftliche Beschlussfassung*](#)

Frauenärzte

Mutterschaftsvorsorge: Anpassung der Mutterschafts-Richtlinie (Mu-RL)

Aufgrund einer Nutzenbewertung des Instituts für Qualität

und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

hat der G-BA entschieden, dass der Urin von Schwange-

ren nur noch in besonderen Fällen auf Bakterien untersucht wird. Der Beschluss ist am 28.05.2019 in Kraft getreten.

Aus diesem Grund fand eine Anpassung der Mu-RL statt. So ist nun keine regelhafte Urinuntersuchung auf asymptomatische Bakteriurie bei Schwangeren mehr vorgesehen.

Eine Ausnahme besteht hingegen bei Schwangeren mit besonderen Risiken, welche wie folgt konkretisiert wurden:

- Auffällige Symptome
- Rezidivierende Harnwegsinfektionen in der Anamnese
- Zustand nach Frühgeburt

- Infektionen der ableitenden Harnwege

In diesen Fällen ist die Untersuchung weiterhin Bestandteil der Mu-RL.

Der folgenden Tabelle können die Anpassungen der Mu-RL entnommen werden:

Abschnitt A "Untersuchungen und Beratungen sowie sonstige Maßnahmen während der Schwangerschaft" – Nr. 2 b „Umfasst sind zudem weitere diagnostische Maßnahmen. Zu diesen gehören:“	
Version bis 21.03.2019	Version ab 22.03.2019 (in Kraft getreten am 28.05.2019)
Blutdruckmessung	Blutdruckmessung
Feststellung des Körpergewichts	Feststellung des Körpergewichts
Untersuchung des Mittelstrahlurins auf Eiweiß, Zucker und Sediment, gegebenenfalls bakteriologische Untersuchungen (z. B. bei auffälliger Anamnese, Blutdruckerhöhung, Sedimentbefund)	Untersuchung des Mittelstrahlurins auf Eiweiß und Zucker
Hämoglobinbestimmung und - je nach dem Ergebnis dieser Bestimmung (bei weniger als 11,2 g pro 100 ml = 70 % Hb) – Zählung der Erythrozyten.“	Hämoglobinbestimmung und – je nach dem Ergebnis dieser Bestimmung (bei weniger als 11,2 g pro 100 ml = 70 % Hb) – Zählung der Erythrozyten
	bakteriologische Urinuntersuchungen, soweit nach der Befundlage erforderlich (z.B. bei auffälligen Symptomen, rezidivierenden Harnwegsinfektionen in der Anamnese, Z. n. Frühgeburt, erhöhtem Risiko für Infektionen der ableitenden Harnwege).“

Auch Nr. 4 des Abschnitts A der Mu-RL wurde dahingehend angepasst. Die Untersuchungen „Kontrolle des Stands der Gebärmutter,

Kontrolle der kindlichen Herzaktionen und Feststellung der Lage des Kindes“ bleiben hierbei auch in der neuen Fassung erhalten. *Be-*

schluss des G-BA vom 22.03.2019, Mutterschafts-Richtlinien: Screening auf asymptomatische Bakteriurie

Frauenärzte und Laborärzte

Vertrag „Hallo Baby“ - Am 01.07.2019 startet die Versicherteneinschreibung

Am 1. Juli 2019 startet die Versicherteneinschreibung in den bundesweit geltenden Rahmenvertrag "Hallo Baby".

Vertragspartner sind die KBV, die BKK-Kooperationsgemeinschaft, die Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination, die Berufsverbände der Frauenärzte e.V. (BVF) und der Deutschen Laborärzte e.V. (BDL).

Zu den vereinbarten Leistungen gehören ein Toxoplasmosesuchtest, ein Infektionsscreening in der 13. bis zur 20. Schwangerschaftswoche und ein Streptokokken-B-

Test in der 35. bis 37. Schwangerschaftswoche.

Der Vertrag umfasst folgende Qualitätsziele:

- Sicherung und Verbesserung der Qualität in der Versorgung schwangerer Frauen durch patientenorientierte Kommunikation
- Förderung der Früherkennung von Infektionen in allen drei Phasen der Schwangerschaft
- Senkung der Frühgeburtenrate

- Senkung der Komplikationsrate bei Müttern und Neugeborenen

Niedergelassene Frauen- und Laborärzte können sich bereits seit dem 01.05.2019 in Hamburg in den Vertrag einschreiben.

Die nachfolgend aufgeführten Vertragsleistungen können für Schwangere erbracht und abgerechnet werden, sofern sie bei einer der am Vertrag teilnehmenden Betriebskrankenkassen versichert sind. Welche Betriebskrankenkassen teilnehmen kann der Anlage 1 des Vertrags entnommen werden.

Leistungsinhalte	Vergütung	GOP
Abschnitt A: Leistungen der Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe		
1. Einschreibung mittels der Teilnahmeerklärung für Versicherte (Anlage 4) durch Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe • Zeitpunkt: ab Feststellung der Schwangerschaft Inhalte: • Aufklärung der Versicherten über das Versorgungsmodell mit der Patienteninformation nach Anlage 3 • Ggf. Aushändigung eines Programmflyers bzw. weiterer Informationsmedien der BKK für die Information schwangerer Frauen • Weiterleitung der Teilnahmeerklärung an die VAG Bayern nach § 5 Abs. 4	10,00 €	81310
2. Technische und administrative Leistungen im Rahmen des Toxoplasmosesuchtests Inhalte: • Blutentnahme inkl. dazugehöriger Sachmittel (Spritzen und Kanülen) • Zentrifugieren • Abseren • Vorbereitung und Durchführung des Transportes zum teilnehmenden Labor	10,00 €	81312
3. Risikoaufklärung und ärztliches Gespräch im Rahmen des Toxoplasmosesuchtests Inhalte: • Dokumentation des Ergebnisses im Mutterpass und in den medizinischen Daten • Ärztliches Gespräch zu den frühgeburtlichen Risiken und der Vermeidung von Toxoplasmose sowie zu den Spätfolgen bei Erwerb der Toxoplasmose während der Schwangerschaft für das Kind bzw. Gespräch zum weiteren Vorgehen • Umfang: 10 Minuten	20,00 €	81312
4. Infektionsscreening - Zeitpunkt: 13. bis 20. Schwangerschaftswoche Inhalte: • Herstellung und Beurteilung eines Nativpräparates per Phasenkontrastmikroskop • Erklärung im Rahmen einer Selbstauskunft des Arztes über die Vorhaltung eines Phasenkontrastmikroskops und die Durchführung einer entsprechenden Qualifizierung	20,00 €	81313

5. Risikoaufklärung und anogenitaler Abstrich zum Nachweis auf Streptokokken B - Zeitpunkt: 35. bis 37. Schwangerschaftswoche Inhalte: • Durchführung des Abstrichs • Vorbereitung und Durchführung des Transportes zum teilnehmenden Labor • Dokumentation des Ergebnisses im Mutterpass und in den medizinischen Daten • Ärztliches Gespräch zu den Risiken und der Vermeidung von Streptokokken B während der Geburt für Mutter und Kind bzw. Gespräch zum weiteren Vorgehen • Umfang: 10 Minuten	17,00 €	81314
Abschnitt B: Leistungen der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit den definierten Voraussetzungen gem. Speziallabor-Genehmigung (§ 135 Abs. 2 SGB V)		
1. Durchführung des Toxoplasmosesuchtests - Zeitpunkt: ab Feststellung der Schwangerschaft nach Übersendung aus der Praxis für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Inhalte: • Durchführung des Toxoplasmosesuchtests • Ergebnismitteilung des Laboratoriumsmediziners an den Frauenarzt	12,00 €	81315
2. Durchführung Streptokokken B Test - Zeitpunkt: 35. bis 37. Schwangerschaftswoche Inhalte: • Durchführung des Tests • Ergebnismitteilung des Laboratoriumsmediziners an den Frauenarzt	10,00 €	81316

Die erforderlichen Formulare stehen Ihnen auf der Internetseite der KV Hamburg zur Verfügung:

www.kvhh.de - Formulare & Infomaterial - Formulare - Downloadbereich unter „V“: „Vermeidung von Frühgeburten (Hallo Baby)“ *Rahmenvertrag „Hallo Baby“ zur besonderen*

Versorgung gemäß § 140a SGB V zur Vermeidung von Frühgeburten und infektionsbedingten Geburtskomplikationen.

Fachinternisten für Rheumatologie und Fachärzte mit der Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie

Vertrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität von BARMER-Versicherten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen

Sofern Versicherte der BARMER an Schmerzzuständen im Bereich des Stütz- und Bewegungsapparates leiden, die nicht durch eine Verletzung oder ein Tumorleiden bedingt sind, können Sie für diese zukünftig zwei neue Leistungen in Ansatz bringen.

Hierauf haben sich die KV Hamburg und die BARMER in dem o. g. Vertrag geeinigt, um die Betreuungsqualität sowie die Wirtschaftlichkeit der Therapie von Rheuma-Patienten zu verbessern.

Teilnahmeberechtigt sind alle im Bereich der KV Hamburg zugelassenen und angestellten Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie sowie alle Fachärzte mit der Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie.

Zudem müssen folgende persönliche und sachliche Voraussetzungen erfüllt sein:

- Betreuung von mehr als 250 Patienten/pro Quartal mit entzündlichen Rheumaerkrankungen im Jahr 2018 bzw. bei späterer Teilnahme wird das Kalenderjahr vor Teilnahme betrachtet (für in Teilzeit tätige Ärzte gelten die Grenzen entsprechend anteilig)
- Jährliche Teilnahme an Fortbildungen zum Thema Rheuma mit 30 CME-Punkten, davon 25 CME-Punkte in Diagnose und der nicht-operativen Therapie chronisch entzündlicher Rheumaerkrankungen in Präsenzveranstaltungen
- Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS)
- Vorhaltung eines Sonographiegeräts, ggf. in Kooperation/ Überweisung
- Vorhaltung eines Röntgenapparats, ggf. in Kooperation/ Überweisung
- Vorhaltung Rheumalabor, ggf. in Kooperation/ Überweisung

Zu den Aufgaben der teilnehmenden Ärzte zählen u. a. die umfassende Aufklärung des Patienten über das Krankheitsbild und den Behandlungsplan, die Festlegung und Überprüfung der Einhaltung und Erreichung individueller an Aktivität- und Funktionscores (z. B. DAS28, BASDAI, FFbH) ausgerichteter Zielwerte mit dem Versicherten sowie die Prüfung und Durchführung der Deeskalation in Abstimmung mit dem Versicherten bei ausreichend langer Remission.

Folgende Leistungen sind im Rahmen des Vertrages berechnungsfähig:

- Für den Beratungs- und Betreuungsaufwand erhält der teilnehmende Arzt eine quartalsweise pauschale Strukturzulage in Höhe von **20,00 €** je Rheuma-Patient der BARMER der unter therapeutischem Einsatz eines Biologikums/Biosimilars steht. Die Abrechnung erfolgt mittels der SNR **93115**.

- Für den erhöhten Beratungsaufwand und Erklärungs- und Wirtschaftlichkeit und die engmaschige Überwachung des Patienten insbesondere auch im Hinblick auf ggf. (neu) auftretende Nebenwirkungen und zur Verträglichkeit in

der ersten Zeit der Ersteinstellung auf ein Biosimilar oder der Umstellung von Biologikum auf Biosimilar erhält der teilnehmende Arzt im Quartal der Erstverordnung des Biosimilars und im Folgequartal eine quartalsweise pauschale Strukturzulage in Höhe von **40,00 €**. Die Abrechnung erfolgt mittels der SNR **93116**.

Die o. g. SNR werden extrabudgetär vergütet und sind im Quartal nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Ärzte müssen die in Anlage 1 des Vertrags aufgeführte Teilnahmeerklärung bei der KV Hamburg einreichen und die im Vertrag genannten

Voraussetzungen erfüllen, um die genannten Leistungen abrechnen zu können.

Weitere Informationen finden Sie im Vertrag.

Bitte beachten Sie, dass die Veröffentlichung des Vertrages derzeit noch unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung steht. Das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt. Sobald dieses abgeschlossen ist, finden Sie den Vertrag auf der Homepage der KV Hamburg unter dem Menüpunkt „Recht und Verträge“. [Vertrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität von Versicherten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen.](#)

Laborärzte

Ergänzung des Erweiterten Neugeborenen-Screenings

Ende 2018 hatte der G-BA die labordiagnostische Untersuchung auf SCID (Severe-Combined-Immunodeficiency) in das

Erweiterte Neugeborenen-Screening aufgenommen.

In diesem Zusammenhang wurde nun auch der EBM angepasst. Um den zusätzlichen Untersuchungsumfang

abzubilden, wurde die Bewertung der GOP 01724 von 16,14 € (147 Pkt.) auf 24,27 € (221 Pkt.) angehoben. Laborärzte erhalten die höhere Vergütung ab dem Quartal 3/2019.

Laborärzte

Neue Leistung für Resistenztestung vor HIV-Medikation

Im Zusammenhang mit der Verordnung der Arzneimittel Delstrigo und Pifeltro hat der BA zum 01.07.2019 für alle therapienaiven Patienten, die keiner der in der MVV-Richtlinie (Richtlinie Metho-

den vertragsärztliche Versorgung) genannten Risikogruppen angehören, eine genotypische Resistenztestung als neue Leistung in den EBM aufgenommen.

Es handelt sich hierbei um die GOP 32818 EBM, welche mit 260,00 € bewertet ist und zunächst für zwei Jahre extrabudgetär vergütet wird.

Beschluss des Bewertungsausschusses, 439. Sitzung, 19.06.2019

Neurologen

Behandlung mit Fingolimod wird vergütet

Zum Quartal 3/2019 wurde eine neue Leistung für die Beobachtung und Betreuung von Patienten mit multipler Sklerose bei Gabe des Medikaments Fingolimod in den Abschnitt 1.5 des EBM aufgenommen.

Für die aufwendige Begleitung können Neurologen hierzu künftig die GOP 01516 EBM in Ansatz bringen. Die Vergütung beträgt 154,18 € (1.404 Punkte) und erfolgt zunächst extrabudgetär.

Die Leistung kann bei der Erstgabe, bei der Umstellung der Tagesdosis von 0,25 mg auf 0,5 mg oder bei der Wiederaufnahme der Therapie nach Unterbrechung von einem Tag oder mehreren Tagen während der ersten zwei Behandlungswochen oder von mehr als sieben Tagen während der dritten und vierten Behandlungswoche oder von mehr als zwei Wochen nach einem Behandlungsmo- nat in Ansatz gebracht werden.

Bei der Einnahme von Fingolimod sind engmaschige Kontrolluntersuchungen vorgeschrieben. So müssen die Patienten vor der ersten Medikamentengabe und sechs Stunden nach der ersten Dosis mit einem EKG überwacht werden. Zudem erfolgen stündliche Messungen von Puls und Blutdruck, um eventuelle Symptome einer Bradykardie frühzeitig zu erkennen. *Beschluss des Bewertungsausschusses, 439. Sitzung, 19.06.2019*

Psychotherapeuten

Rückwirkende Höherbewertung psychotherapeutischer Leistungen

Die Bewertung aller antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen und Strukturzuschläge im EBM werden rückwirkend zum Januar 2009 stufenweise angehoben.

Auch die zum 1. April 2017 eingeführten Leistungen der psychotherapeutischen Sprechstunde und Akutbehandlung werden rückwirkend höher bewertet.

Darüber hinaus müssen die Krankenkassen ab 2019 mehr Honorar für psychotherapeu-

tische Leistungen bereitstellen.

Zusätzlich konnte im Bewertungsausschuss die Anhebung von zwei neuropsychologischen Leistungen rückwirkend zum 1. Januar 2019 vereinbart werden.

Von der Höherbewertung der Leistungen profitieren alle ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten.

Auf die Nachvergütung für die Jahre 2009 bis 2018 haben indes nur ärztliche und psychologische Psychotherapeu-

ten Anspruch, deren Honorarbescheide für die jeweiligen Quartale noch nicht bestandskräftig sind.

Die Korrekturen werden derzeit in der KVH bearbeitet. Nach Fertigstellung erhalten Sie einen Bescheid, sofern sie von der Nachvergütung betroffen sind.

Die Bewertung der einzelnen Leistungen hat sich in diesem Zusammenhang wie folgt geändert:

Leistungsbeschreibung	GOP	Bewertung ab Januar 2019	Bewertung alt
Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	35151 und 35152	462 Pkt.	421 Pkt.
Analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie in Einzelbehandlung	35401 - 35425	922 Pkt.	841 Pkt.
Analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie 3 Teilnehmer (KZT/LZT)	35503, 35513, 35523, 35533, 35543, 35553	916 Pkt.	836 Pkt.
Analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie 4 Teilnehmer (KZT/LZT)	35504, 35514, 35524, 35534, 35544, 35554	772 Pkt.	704 Pkt.

Analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie 5 Teilnehmer (KZT/LZT)	35505, 35515, 35525, 35535, 35545, 35555	686 Pkt.	626 Pkt.
Analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie 6 Teilnehmer (KZT/LZT)	35506, 35516, 35526, 35536, 35546, 35556	628 Pkt.	573 Pkt.
Analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie 7 Teilnehmer (KZT/LZT)	35507, 35517, 35527, 35537, 35547, 35557	586 Pkt.	535 Pkt.
Analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie 8 Teilnehmer (KZT/LZT)	35508, 35518, 35528, 35538, 35548, 35558	556 Pkt.	507 Pkt.
Analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie 9 Teilnehmer (KZT/LZT)	35509, 35519, 35529, 35539, 35549, 35559	532 Pkt.	485 Pkt.
Zuschlag Einzeltherapie	35571	166 Pkt.	143 Pkt.
Zuschlag Gruppentherapie	35572	70 Pkt.	60 Pkt.
Zuschlag Sprechstunde / Akutbehandlung	35573	84 Pkt.	72 Pkt.
Neuropsychologische Therapie (Einzelbehandlung)	30932	922 Pkt.	819 Pkt.
Neuropsychologische Therapie (Gruppenbehandlung)	30933	665 Pkt.	591 Pkt.

Hinweis: Für welche Zeiträume welche Leistungen in welcher Höhe angepasst wurden, sowie weitere Details der Berechnungen können dem Beschluss des Bewertungsausschusses (436. Sitzung) und den entscheidungserheblichen Gründen entnommen werden.

An dieser Stelle möchten wir ebenfalls darauf hinweisen, dass rückwirkend zum Quartal 1/2019 die neuropsychologischen

Therapie-Leistungen nach den GOP 30932 und 30933 EBM in die Vergütungssystematik der Struktural-

turzuschläge aufgenommen werden. [Beschluss des Bewertungsausschusses, 436. Sitzung, schriftliche Beschlussfassung](#)

Psychotherapeuten

Anpassung der Stundenkontingente für Patienten mit geistiger Behinderung

Im vergangenen Jahr hatte der G-BA in seiner Sitzung vom 18.10.2018 beschlossen, dass zukünftig höhere Stundenkontingente für Patienten mit einer Intelligenzmindering (ICD-10-GM: F70-F79) zur Verfügung stehen sollen.

In diesem Zusammenhang wurde nun auch der EBM abschließend angepasst.

So stehen für Menschen mit geistiger Behinderung nun folgende Kontingente zur Verfügung:

- **Psychotherapeutische Sprechstunde:** bis zu zehn psychotherapeutische Sprechstunden-Einheiten à 25 Minuten je Krankheitsfall (insgesamt bis zu 250 Minuten) möglich (bisher: bis zu sechs Sprechstunden / bis zu 150 Minuten)
- **Probatorische Sitzungen:** bis zu sechs proba-

torische Sitzungen in Einheiten à 50 Minuten je Krankheitsfall (insgesamt bis zu 300 Minuten) möglich (bisher: insgesamt bis zu vier Sitzungen / bis zu 200 Minuten)

- **Kurz- und Langzeittherapie:** im Falle der Hinzuziehung von Bezugspersonen können zusätzliche Therapieeinheiten im Verhältnis von 1:4 zur Anzahl der Therapieeinheiten des Versicherten beantragt werden (z. B. bis zu 15 zusätzliche Therapieeinheiten bei einem Erstantrag auf Langzeittherapie mit 60 Therapieeinheiten)
- **Rezidivprophylaxe:** im Falle der Hinzuziehung von relevanten Bezugspersonen können bei einer Behandlungsdauer von 40 oder mehr Stunden maximal zehn Stun-

den und bei einer Behandlungsdauer von 60 oder mehr Stunden maximal 20 Stunden für die Rezidivprophylaxe genutzt werden (bisher: maximal acht beziehungsweise 16 Stunden)

Durch die Anpassung wurde gleichzeitig die Möglichkeit geschaffen, Bezugspersonen in die Therapie einzubeziehen, ohne dass dies zulasten des Stundenkontingents geht. Entsprechend wurde zwischenzeitlich auch die Psychotherapie-Vereinbarung angepasst. In der Kurz- und Langzeittherapie von Menschen mit geistiger Behinderung können nun zusätzliche Kontingente für die Einbindung von Bezugspersonen beantragt werden. *Beschluss des G-BA (Stand: 18.10.2018)*

TSVG

Extrabudgetäre Vergütung für TSS-Terminfälle und HA-Vermittlungsfälle geregelt

Mit Beschluss vom 19. Juni 2019 hat der Bewertungsausschuss festgelegt, dass rückwirkend zum 11.05.2019 alle Leistungen im Rahmen von TSS-Terminfällen und HA-Vermittlungsfällen im Arztgruppenfall extrabudgetär vergütet werden.

Leistungen im Arztgruppenfall werden hierbei folgendermaßen definiert: Alle Leistungen, die von derselben Arztgruppe in derselben Arztpraxis innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Versicherten zu Lasten derselben Krankenkasse erbracht worden sind, werden extrabudgetär vergütet. Erfolgt die Behandlung des Patienten in der Arztpraxis durch mehrere Arztgruppen, so werden ausschließlich die Leistungen derjenigen Arztgruppe extrabudgetär vergütet, die den Patienten im jeweiligen Quartal in der Arztpraxis zuerst behandelt hat.

Hinweis zum TSS-Terminfall

Wie bereits in der Sonderausgabe des Newsletters vom 13.06.2019 mitgeteilt, ist für die Behandlung im Rahmen des TSS-Terminfalls bei Fachärzten ein mit einem Code versehener Überweisungsschein erforderlich (Ausnahme Frauen- und Augenärzte). In einigen Fällen kann es jedoch vorkommen, dass die Terminvergabe über die TSS nicht aus einem dringlichen Grund erfolgt (z. B. bei Vermittlung eines Vorsorgetermins) und somit nicht innerhalb der 4-Wochen-Frist vermittelt wird. In diesen Fällen kann der Patient von Fachärzten auch ohne Überweisung behandelt und im PVS als TSS-Terminfall im vorgesehenen Feld gekennzeichnet werden.

Bereinigung

Auch hinsichtlich der Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) wurden konkrete Vor-

gaben in TEIL C des Beschlusses vom 19. Juni 2019 festgelegt.

Wie bereits angenommen werden die im Rahmen einer TSVG-Konstellation (hier TSS-Terminfall und HA-Vermittlungsfall) erbrachten und nach sachlich rechnerischer Prüfung abgerechneten Leistungen unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartales begrenzt auf vier Abrechnungsquartale eines Jahreszeitraums bereinigt.

Jedoch ist der im Beschluss angegebene Bereinigungszeitraum ein anderer als in der Sonderausgabe des Newsletters vom 13.06.2019 mitgeteilt.

So erfolgt die einmalige basiswirksame Bereinigung für die TSVG-Konstellation „TSS-Terminfall“ in den Quartalen 4/2019 bis 3/2020.

Für den „HA-Vermittlungsfall“ beim Fach-

arzt erfolgt die Bereinigung hingegen in den Quartalen 3/2019 bis 2/2020.

Bitte beachten Sie, dass eine Bereinigung in den genannten Zeiträumen zu einer Senkung des individuellen Leistungsbudgets im darauffolgenden Jahr führt.

Außerhalb der genannten Zeiträume werden alle extra-budgetären Gelder gezahlt, ohne dass das Budget gekürzt wird. Die Sonderausgabe des Newsletters wurde dahingehend angepasst.

Der Bereinigung unterliegen hierbei ausschließlich Leis-

tungen, die ohne die extra-budgetäre Förderung im Rahmen des TSVG der MGV zugehörig wären.

Leistungen, die ohnehin der extrabudgetären Vergütung zugeordnet sind, werden nicht bereinigt. *Beschluss des Bewertungsausschusses, 439. Sitzung, 19.06.2019*

TSVG

Ausblick zum TSVG

Im Beschluss des Bewertungsausschusses zum TSVG wurden ebenfalls einige Regelungen zu Sachverhalten konkretisiert, die erst ab dem 1. September 2019 bzw. im TSS-Akutfall ab dem 1. Januar 2020 umgesetzt werden.

Zuschläge zur VP/GP/KP im TSS-Terminfall

Zukünftig werden für jede Arztgruppe neue GOP zur Abbildung der zeitgestaffelten Zuschläge in die arztgruppenspezifischen Kapitel 3 bis 27 (Ausnahme 12 und 19) und den Abschnitt 30.7 des EBM aufgenommen. Die Zuschläge werden auf die VP/GP/KP und bei Früher-

kennungsuntersuchungen nach Abschnitt 1.7.1 EBM bei Kinderärzten im TSS-Terminfall vergütet. Hierbei gilt der Tag der Kontaktaufnahme mit der TSS als erster Zähltag für die Berechnung der Staffelung. Diese gestaltet sich wie folgt:

- Zwischen dem 1. bis 8. Tag: in Höhe von 50 %
- Zwischen dem 9. bis 14. Tag: in Höhe von 30 %
- Zwischen dem 15. bis 35. Tag: in Höhe von 20 %

Die Zusatzpauschalen sind im Arztgruppenfall einmal berechnungsfähig. Die in Abhängigkeit des Behandlungs-

tages gestaffelten Zusatzpauschalen sind im Arztgruppenfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Ab dem 01.09.2019 können die Zusatzpauschalen von den Praxen in Ansatz gebracht werden. Welche GOP hierfür in den EBM aufgenommen werden ist derzeit noch nicht bekannt. Sobald uns der entsprechende Beschluss vorliegt, werden wir erneut informieren.

Zuschläge für Hausärzte für Terminvermittlungen beim Facharzt

Wie bereits in der Sonderausgabe des Newsletters

zum TSVG vom 13.06.2019 mitgeteilt, werden zum 01.09.2019 zwei neue Leistungen in den EBM aufgenommen, um den Zuschlag, den Haus- bzw. Kinderärzte für die Terminvermittlung bei einem Facharzt erhalten, abzubilden. Hierbei wird eine Leistung dem Kapitel 3 und die andere Leistung dem Kapitel 4 EBM zugeordnet sein.

Die Bewertung der neuen Leistungen wird 93 Punkte betragen, was in Hamburg bei einem derzeitigen Punktwert von 0,109813 € einer Bewertung von 10,21 € entspricht.

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben sich darauf geeinigt, dass der Zuschlag nur berechnungsfähig ist, wenn der Termin aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist. Um die medizinische Dringlichkeit zu spezifizieren wurde vom Bewertungsausschuss festgelegt, dass der vereinbarte Termin innerhalb von vier Kalendertagen nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit liegen muss. Zudem wurde geklärt, dass der Zuschlag an Hausärzte auch dann vergütet wird, wenn ein Patient den

Termin beim Facharzt letztendlich nicht wahrnimmt.

Ebenfalls ist lt. Beschluss vorgesehen, dass die BSNR der Praxis, an die der Patient vermittelt wurde, durch den Haus- bzw. Kinderarzt bei der Abrechnung des Zuschlags anzugeben ist. In welcher Form dies erfolgen muss ist derzeit noch unklar. Sobald uns Einzelheiten hierzu vorliegen werden wir erneut berichten.

Der Zuschlag ist je Patient mehrfach berechnungsfähig sofern der Patient in demselben Quartal durch denselben Haus- bzw. Kinderarzt zu unterschiedlichen Arztgruppen vermittelt wird.

Beispiel: Wird der Patient A von Ihnen aus dringlichen Gründen innerhalb eines Quartals zum Fachinternisten und zum Hautarzt vermittelt, so können Sie den Zuschlag zweimal für den Patienten in Ansatz bringen.

Wenn Sie den Patienten jedoch innerhalb eines Quartals an zwei verschiedene Hautärzte vermitteln, so ist der Zuschlag nur einmal berechnungsfähig.

Neue Patienten

Auch für neue Patienten werden ab dem 01.09.2019 alle Leistungen im Arztgruppenfall extrabudgetär vergütet.

Die „Neu-Patienten-Regelung“ gilt für alle Arztgruppen mit Ausnahme von

- Anästhesisten – wenn diese anästhesistisch (und nicht schmerztherapeutisch) tätig sind,
- Humangenetiker,
- Laborärzte,
- MKG-Chirurgen,
- Nuklearmediziner,
- Pathologen,
- Radiologen,
- Strahlentherapeuten

Ein Patient ist als neuer Patient zu betrachten, wenn er noch nie oder mindestens acht vorherige Quartale nicht in der Arztpraxis behandelt oder untersucht wurde.

Sofern in der Arztpraxis mehrere Arztgruppen tätig sind, so ist für die extrabudgetäre Vergütung auf die Arztgruppe abzustellen, die den Patienten zuerst behandelt hat, maximal jedoch auf zwei Arztgruppen je Arztpraxis. Wird der Patient durch weitere Arztgruppen in der Praxis

behandelt, gilt der Patient für diese Arztgruppe nicht als Neupatient.

Beispiel: Patient A sucht im Quartal 4/2019 die Praxis B auf. Da der Patient zuletzt im Quartal 3/2017 in der Praxis B in Behandlung war, gilt er als Neupatient. Wird der Patient am selben Tag von einem weiteren Arzt derselben Praxis behandelt, der jedoch einer anderen Arztgruppe als der vorherige Behandler angehört, so werden auch die Leistungen dieser Arztgruppe extrabudgetär vergütet. Wird der Patient dann noch durch weitere Arztgruppen behandelt, so gilt er für diese nicht mehr als Neupatient.

Im Beschluss vom 19. Juni 2019 wurde ebenfalls definiert, wann ein Patient nicht als Neupatient gilt. Dies ist z. B. der Fall, wenn der Patient die Krankenkasse gewechselt hat oder wenn der Patient zuvor im Rahmen eines Selektivvertrags behandelt wurde.

Des Weiteren wurde festgelegt, dass keine extrabudgetäre Vergütung erfolgt, wenn es sich um eine Behandlung in einer Praxis innerhalb der

ersten zwei Jahre nach Gründung („Neupraxis“) handelt oder ein Gesellschafterwechsel in einer Arztpraxis vorliegt.

Bereinigung

Wie bereits für den TSS-Terminfall und den HA-Vermittlungsfall beschrieben, erfolgt auch für die TSVG-Konstellation „Neupatient“ eine Bereinigung der MGV. Diese erfolgt in den Quartalen 4/2019 bis 3/2020. Auch hier wird sich die Bereinigung auf das ILB der Quartale 4/2020 bis 3/2021 auswirken.

Außerhalb der Quartale 4/2019 bis 3/2020 findet für Neupatienten keine Kürzung der Budgets statt.

Offene Sprechstunden

Wie bereits in der Sonderausgabe des Newsletters zum TSVG angekündigt, sind Ärzte bestimmter Arztgruppen ab dem 01.09.2019 dazu verpflichtet fünf offene Sprechstunden pro Woche bei vollem Versorgungsauftrag anzubieten.

Hierzu wurden nun die Arztgruppen festgelegt, die zur Durchführung und Veröffent-

lichung der offenen Sprechstunden verpflichtet sein werden:

- Augenärzte
- Chirurgen
- Frauenärzte
- HNO-Ärzte
- Hautärzte
- Kinder- und Jugendpsychiater
- Neurologen / Psychiater / Nervenärzte
- Neurochirurgen
- Orthopäden (und Unfallchirurgie)
- Urologen

Bei der extrabudgetären Vergütung der Leistungen haben sich die KBV und der GKV-Spitzenverband darauf geeinigt, dass nicht die tatsächlich in der Zeit der offenen Sprechstunden erbrachten Leistungen 1:1 zu vollen Preisen vergütet werden, sondern maximal 17,5 % der Arztgruppenfälle einer Arztpraxis basierend auf dem Vorjahresquartal. Die Vergütung der darüber hinaus im Rahmen der offenen Sprechstunde von einem Arzt abgerechneten Fälle erfolgt innerhalb der MGV, sofern es sich nicht sowieso um Leistungen handelt, die extrabudgetär vergütet werden.

Auf welche Art und Weise die offenen Sprechstunden veröffentlicht werden müssen, ist derzeit noch nicht konkret definiert.

Bereinigung

Die Bereinigung der MGV hierzu erfolgt in den Quartalen 4/2019 bis 3/2020.

TSS-Akutfall

Für einen TSS-Akutfall erhalten Ärzte voraussichtlich ab dem Quartal 1/2020 eine zusätzliche Vergütung in Höhe von 50 % der jeweiligen Versicherten-/ Grund- bzw. Konsiliarpauschale, wenn der durch die TSS vermittelte

Termin spätestens am Tag nach Kontaktaufnahme des Versicherten zur TSS stattfindet.

Der TSS-Akutfall kann ab dem Quartal 1/2020 als ein solcher im Feld „Vermittlungsart“ im PVS gekennzeichnet werden.

Leistungen, die im Rahmen des TSS-Akutfalles erbracht werden, werden im Arztgruppenfall extrabudgetär vergütet.

Hierzu werden zum Quartal 1/2020 ebenfalls neue GOP zur Abbildung der Zusatzpauschale im TSS-Akutfall in die arztgruppenspezifischen Ka-

pitel 3 bis 27 (mit Ausnahme von Kapitel 9 und 12) und in den Abschnitt 30.7 des EBM aufgenommen.

Die Leistungen werden im Arztgruppenfall je Patient einmal berechnungsfähig sein.

Bereinigung

An Patienten erbrachte MGV-Leistungen, die im Rahmen des TSS-Akutfalles extrabudgetär vergütet werden, werden in den Quartalen 1/2020 bis 4/2020 bereinigt. [*Beschluss des Bewertungsausschusses, 439. Sitzung, 19.06.2019*](#)