

Aktuelle Informationen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Ausgabe vom 02.04.2020 für das Quartal 2/2020

Fachgruppenübergreifend

- Neue GOP für Nerven- und Muskelsonographie
- Genotypisierung vor der Gabe von Siponimod
- Genotypische HIV-Resistenztestungen
- FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Asthma-Therapie mit Dupilumab
- Zweitmeinungsverfahren bei geplanter Schulterarthroskopie
- Früherkennung Zervixkarzinom: Anpassungen im EBM
- Anpassung des Formulars zur Verordnung von medizinischer Rehabilitation (Muster 61)
- Vergütung für Durchführung von Schutzimpfungen leicht angehoben

Hausärzte

- Hinweis zur HA-Vermittlung im Rahmen des TSVG

Kinderärzte

- Aufklärung und Beratung einer Schwangeren

Fachinternisten (fachärztlich tätig)

- Authentifizierung unbekannter Patienten in der Videosprechstunde

Frauenärzte

- Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung: Übergangslösung zu Muster 39

Psychotherapeuten

- Höhere Vergütung der Strukturzuschläge
- Neue Zuschläge zur Kurzzeittherapie

Fachgruppenübergreifend

Neue GOP für Nerven- und Muskelsonographie

Zum 01.04.2020 wird die **GOP 33100 EBM (ca. 8,00 €)** zur Abbildung der **Nerven- und Muskelsonographie** in den EBM aufgenommen.

Die Leistung kann von folgenden Fachärzten abgerechnet werden:

- Fachärzte für Neurologie
- Fachärzte für Nervenheilkunde
- Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie
- Fachärzte für Neurochirurgie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit

Schwerpunkt Neuropädiatrie

Die Leistung ist **ausschließlich als Zusatzdiagnostik** nach erfolgter elektroneurographischer und/oder elektromyographischer Untersuchung berechnungsfähig und setzt das **Vorliegen der Ergebnisse einer Untersuchung nach der GOP 04437 oder 16322** in dem laufenden oder im vorausgegangenen Quartal voraus.

Sie kann höchstens viermal im Behandlungsfall in Ansatz gebracht werden.

Wie auch für alle anderen Leistungen der Ultraschalldi-

agnostik, wird für die Durchführung und Abrechnung der GOP 33100 EBM eine Genehmigung benötigt.

In diesem Zuge wurde in Anlage I der Ultraschall-Vereinbarung daher ein neuer Anwendungsbereich AB 23.1 (Duplex-Verfahren – Nerven und Muskeln einschließlich versorgende Gefäße) und in Anlage III eine neue Anwendungsklasse AK 23.1 (Nerven und Muskeln, Farbduplex) aufgenommen. Damit wurden die Vorgaben an eine Genehmigungserteilung definiert.

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 455. Sitzung

Genotypisierung vor der Gabe von Siponimod

Im Rahmen der frühen Nutzenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses ergab die Prüfung für die Anwendung des Arzneimittels Mayzent® (Wirkstoff: Siponimod) gemäß § 87 Absatz 5b Satz 5 SGB V einen Anpassungsbedarf im EBM.

Mayzent® wird zur Behandlung bei sekundär progredienter Multipler Sklerose einge-

setzt. Die Anwendung gemäß der Fachinformation erfordert, dass vor der Gabe von Siponimod der CYP2C9- Metabolisierungsstatus des Patienten bekannt sein muss.

Aufgrund dessen wird zum **01.04.2020** die **GOP 32866** in den EBM aufgenommen. Sie kann höchstens einmal im Krankheitsfall abgerechnet werden.

Zudem muss eine **Genehmigung** seitens der KV gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor vorliegen.

Für die neue Leistung ist eine **extrabudgetäre Vergütung** in Höhe von **82,00 €** vorgesehen.

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 487. Sitzung

Genotypische HIV-Resistenztestungen

Im Rahmen der frühen Nutzenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses (nach § 35a SGB V) für das Arzneimittel Dovato® werden die Leistungen der genotypischen HIV- Resistenztestungen ab dem 01.04.2020 im EBM neu strukturiert.

So werden die in den GOP **32818, 32821 und 32822 EBM** genannten Wirkstoff-

gruppen zukünftig in der GOP **32821 EBM** zusammengeführt.

In diesem Zuge fand ebenfalls eine Neufassung der **GOP 32828** statt, womit nun zukünftig die GOP 32821 und 32828 EBM die erforderlichen HIV-Resistenztestungen für die derzeit gebräuchlichen antiretroviralen Wirkstoffe abbilden.

Die Bewertung der beiden Leistungen beträgt weiterhin **260,00 €**.

Die GOP 32818 und 32822 EBM werden gestrichen und sind somit ab dem 01.04.2020 nicht länger berechnungsfähig.

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 477. Sitzung

FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Asthma-Therapie mit Dupilumab

Zum Quartal 2/2020 wurden zwei neue GOP (**04538 und 13678 EBM**) für die Messung von fraktioniertem exhaliertem Stickstoffmonoxid (FeNO) zur Indikationsstellung einer Therapie mit dem Arzneimittel Dupilumab in den EBM aufgenommen.

Fachärzte für Kinder und Jugendmedizin mit der Zusatz-

weiterbildung Kinder-Pneumologie rechnen die **GOP 04538 EBM** ab.

Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Pneumologie rechnen die **GOP 13678 EBM** ab.

Beide Leistungen sind mit jeweils 88 Punkten bewertet (**ca. 9,70 €**). Für das Mund-

stück, das bei der Messung benutzt wird, und bei Bedarf auch für den Sensor, rechnen Ärzte die Sachkostenpauschale **GOP 40167 EBM** ab. Sie ist mit **7,84 €** bewertet.

Die Vergütung der drei neuen GOP soll zunächst **extra-budgetär** erfolgen.

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 476. Sitzung

Zweitmeinungsverfahren bei geplanter Schulterarthroskopie

Nach Operationen an den Rachenmandeln und Gebärmutterentfernungen besteht

nun auch bei geplanten arthroskopischen Eingriffen am Schultergelenk der Anspruch

auf eine ärztliche Zweitmeinung.

Gegenstand des Zweitmeinungsverfahrens „Schulterarthroskopie“ sind sämtliche arthroskopischen Eingriffe am Schultergelenk, sofern sie planbar sind und es sich nicht um notfallmäßige Eingriffe handelt, die zeitnah erfolgen müssen.

Die Leistungen des Zweitmeinungsverfahrens sind für **Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie für Physikalische und Rehabilitative Mediziner** abrechenbar.

Abrechnung „Erstmeiner“

Der Arzt, der die Indikation für einen der definierten Eingriffe stellt, kann für die Aufklärung

und Beratung im Zusammenhang mit dem ärztlichen Zweitmeinungsverfahren die **GOP 01645C** einmal im Krankheitsfall (vier Quartale) abrechnen. Sie ist mit 75 Punkten (**ca. 8,30 €**) bewertet. Die Leistung beinhaltet auch die Zusammenstellung aller erforderlichen Unterlagen für den Patienten.

„Zweitmeiner“

Die Abrechnung der Zweitmeinung ist im neuen Abschnitt 4.3.9 „Ärztliche Zweitmeinung“ im Allgemeinen Teil des EBM geregelt. Danach rechnet der Arzt, der die Zweitmeinung abgibt, für den Patienten seine jeweilige arztgruppenspezifische Versicherten-, Grund- oder Kon-

siliarpauschale ab. Sind für seine Beurteilung ergänzende Untersuchungen notwendig, kann er diese ebenfalls durchführen, muss sie aber medizinisch begründen.

Alle Leistungen, die der Arzt im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens erbringt, sind im **Feld „Freier Begründungstext“ mit dem Code 88200C** zu kennzeichnen. Diese Kennzeichnung ist erforderlich, damit alle Leistungen, die im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens erforderlich sind, **extrabudgetär** vergütet werden.

Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL)

Früherkennung Zervixkarzinom: Anpassungen im EBM

Abrechnung des HPV-Tests und der Grundpauschale von Fachärzten für Pathologie

Der Bewertungsausschuss hat klargestellt, dass die fachliche Befähigung für Fachärzte für Pathologie und Fachärzte für Neuropathologie durch die Gebietsbezeichnung für die Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor gemäß § 135 Absatz 2 SGB V nach § 13 zur Durchfüh-

rung der präventiven HPV-Tests als nachgewiesen gilt. Die GOP 01763 und 01767 EBM sind in die Präambel 19.1 Nr. 4 aufgenommen worden.

Ebenso wurde die Grundpauschale GOP 01701 EBM in die Präambel 19.1 Nr. 2 aufgenommen. Damit ist die Grundpauschale 01701 auch in Verbindung mit den GOP 01763, 01767 und 01769 für

Pathologen berechnungsfähig.

Verbindliche Genotypisierung bei positivem HPV-Test entfällt

Die HPV-Genotypisierung bei positivem HPV-Test wird aus dem obligaten Leistungsinhalt der **GOP 01763 und 01767 EBM** gestrichen und die Bewertung entsprechend dem darin berücksichtigten Anteil der Genotypisierung abgesenkt.

Neuer Zuschlag für die Genotypisierung

Dafür wird als Zuschlag zu den GOP 01763 und 01767 EBM eine HPV-Genotypisierung auf die HPV-Typen 16 und 18 bei positivem HPV-Nachweis als neue **GOP 01769** in den EBM aufgenommen. Die GOP 01769 kann auch dann abgerechnet werden, wenn der Nachweis und die Genotypisierung in demselben Untersuchungsgang durchgeführt werden.

Der neue Zuschlag ist mit 153 Punkten (**ca. 16,80 €**) bewertet und wird **extrabudgetär** vergütet.

GOP 01760 und 01764 am gleichen Behandlungstag abrechenbar

Vertragsärzte können bei Patientinnen künftig die GOP 01760 EBM für eine klinische Krebsfrüherkennungsuntersuchung (Abschnitt B. II. §§ 6 und 8 Krebsfrüherkennungs-Richtlinie) und die GOP

01764 EBM für die Abklärungsdiagnostik (Teil III. C. § 7 oKFE-RL) an einem Behandlungstag durchführen und abrechnen. Der bisherige Abrechnungsausschluss im EBM wird aufgehoben, um am Behandlungstag beides zu ermöglichen.

Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 474. Und 477. Sitzung

Anpassung des Formulars zur Verordnung von medizinischer Rehabilitation (Muster 61)

Zum 1. April 2020 wurde das Formular für die Verordnung von medizinischer Rehabilitation angepasst. Durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) haben sich gesetzliche Regelungen geändert und es wurden Leistungsansprüche für pflegende Angehörige erweitert.

Pflegende Angehörige

Als pflegende Angehörige gelten Personen, die Pflegebedürftige (Pflegegrad 1-5) nicht erwerbsmäßig in deren häuslicher Umgebung pflegen. Dazu zählen insbesondere Familienmitglieder sowie Verwandte, aber auch ehe-

malige Eheleute. Diese haben mit Inkrafttreten des PpSG einen Anspruch auf stationäre Rehabilitation, ohne zuvor ambulante Rehabilitationsleistungen in Anspruch genommen zu haben. In diesem Fall ist der Grundsatz „ambulant vor stationär“ ausnahmsweise nicht zu beachten.

Folgende Felder sind auf dem Formular für pflegende Angehörige hinzugekommen:

- neues gesondertes Ankreuzfeld zur Kennzeichnung, dass es sich um eine Rehabilitation für einen

pflegenden Angehörigen handelt

- neue Felder für Mitaufnahme – Koordination der Versorgung Pflegebedürftiger. Ärzte kennzeichnen die gewünschte Versorgung auf der Verordnung (Mitaufnahme oder anderweitige Versorgung wie beispielsweise Kurzzeitpflege). Die Kranken- oder Pflegekasse koordiniert die Versorgung.
- sofern medizinische Gründe gegen die Mitaufnahme des Pflegebedürftigen in der Reha-Einrichtung sprechen, sind diese unter „Sonstiges“ einzutragen (bei-

spielsweise Erschöpfungssyndrom oder depressive Störung des pflegenden Angehörigen).

Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

Ärzte sollen künftig die rehabilitationsbegründenden Diagnosen als „Funktionsdiagnosen“ angeben.

Auf die Ankreuzfelder zur Seitenlokalisierung wurde verzichtet. Sofern die Angabe der Seitenlokalisierung notwendig ist, kann dies im Zusammenhang mit der Diagnose angegeben werden.

Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum

Verlauf der Krankenbehandlung

Bei der Anamnese sollen Ärzte künftig auch Angaben zu vorhergehenden Behandlungen in Krankenhäusern und Facharztpraxen machen, sofern diese für die Rehabilitation relevant sind.

Ärzte geben müssen künftig auf dem Formular keine Angaben zur Arzneimitteltherapie mehr machen.

Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe

Die Kategorien „Mobilität“ und „Selbstversorgung“ sind nun differenzierter dargestellt. Es kann hier für jede Aktivität

einzeln angekreuzt werden, wenn keine Beeinträchtigung besteht. Zudem besteht die Möglichkeit, ein übergeordnetes Kreuz zu setzen, falls keinerlei Beeinträchtigung vorliegt.

Falls aktuell noch das alte Formular in der Praxissoftware hinterlegt ist, dürfen Ärzte und Psychotherapeuten dieses noch bis zum 30.06.2020 verwenden. Weitere Informationen erhalten Sie auf der [Homepage der KBV](#)

PraxisNachrichten vom 09.01.2020

Vergütung für Durchführung von Schutzimpfungen leicht angehoben

Mit einem 2. Nachtrag zur Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

und den gesetzlichen Krankenkassen wurden die Preise für Schutzimpfungen rückwirkend zum 01.01.2020 leicht angehoben.

Der folgenden Tabelle können die neuen Preise entnommen werden.

Nachtrag zur Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen

Bezeichnung	Preis bis Dezember 2019	Preis ab Januar 2020
1-fach - Impfung	7,30 €	7,41 €
2-fach - Impfung	8,50 €	8,63 €
3-fach - Impfung	9,64 € bzw. 11,17 €	9,50 € bzw. 11,00 €
4-fach - Impfung	12,00 € bzw. 14,00 €	12,18 € bzw. 14,21 €

5-fach - Impfung	15,00 €	15,23 €
6-fach - Impfung	18,00 €	18,27 €

Hausärzte

Hinweis zur HA-Vermittlung im Rahmen des TSVG

Aus aktuellem Anlass möchten wir an dieser Stelle darauf hinweisen, dass eine HA-Vermittlung in anderen KV-Bezirken, wie z. B. Schleswig-Holstein, ausschließlich per Telefon vorgenommen werden darf. Eine Korrespondenz hinsichtlich einer Terminvereinbarung in Form von E-Mail ist somit ausgeschlossen. Deshalb möchten wir Sie gerne bitten, dringliche Vermittlungen an Fachärzte anderer KV-Bezirke ausschließ-

lich per Telefon zu vereinbaren.

Innerhalb von Hamburg gilt weiterhin, dass der Termin auch auf anderem als dem telefonischen Wege mit der Facharztpraxis vereinbart werden darf. Wichtig ist jedoch auch hier, dass der Termin seitens der Facharztpraxis bestätigt wird. Es muss also auch hier immer eine Rückkopplung geben.

Wenn Sie einen Facharztkollegen z. B. per Mail kontaktie-

ren und mitteilen, dass Sie gerne einen Patienten aus dringlichen und unaufschiebbaren Gründen an ihn überweisen möchten, so gilt die HA-Vermittlung erst dann als zustande gekommen, wenn der Facharzt den Termin bestätigt. Auch erst dann darf die **GOP 03008 EBM** in Ansatz gebracht werden. Gleiches gilt für Kinderärzte und die Abrechnung der **GOP 04008 EBM**.

Kinderärzte

Aufklärung und Beratung einer Schwangeren

Ab dem Quartal 2/2020 können Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, die von anderen Ärzten (i. d. R. Frauenärzten) für die Beratung einer Schwangeren nach pränataldiagnostischen Maßnahmen mit pathologischem Befund (Annahme einer körperlichen oder geistigen Schädigung

der Gesundheit des Kindes) hinzugezogen werden, die **GOP 01799 EBM** in Ansatz bringen.

Die Leistung ist mit 65 Punkten (**ca. 7 €**) bewertet und kann **je vollendete 5 Minuten bis zu viermal im Be-**

handlungsfall in Ansatz gebracht werden.

Die Vergütung erfolgt außerhalb des Budgets.

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 479. Sitzung

Fachinternisten (fachärztlich tätig)

Authentifizierung unbekannter Patienten in der Videosprechstunde

Zum 1. April 2020 wurde im EBM klargestellt, dass die Authentifizierung eines unbekannten Patienten in der Videosprechstunde (GOP 01444 EBM) für Schwer-

punktinternisten neben den Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (GOP 13294, 13344, 13394, 13494, 13543, 13594, 13644 und 13694 EBM) berechnungsfä-

hig ist. Eine entsprechende Anmerkung zur GOP 01444 EBM wurde den jeweiligen Pauschalen hinzugefügt.

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 465. Sitzung

Frauenärzte

Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung: Übergangslösung zu Muster 39

Da das Muster 39 (Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom) bisher nur die Beauftragung von Leistungen im Rahmen des Primärscreenings abbildete, nicht aber die Leistungen zur Abklärungsdagnostik auffälliger Befunde, wurde bis zur abschließenden Anpassung des Musters, eine Übergangslösung geregelt.

Hierzu wurden folgende bundeseinheitliche Codes vereinbart, welche in der ersten Zeile des Freitextfeldes "Gyn. Diagnose" durch die Gynäko-

logen bei Veranlassung eingetragen werden können:

- **P-HPV:** nur HPV-Test im Primärscreening
- **P-Zyto:** nur zytologische Untersuchung im Primärscreening
- **P-KoTest:** Ko-Test im Primärscreening
- **A-HPV:** nur HPV-Test in der Abklärung

- **A-Zyto:** nur zytologische Untersuchung in der Abklärung
- **A-KoTest:** Ko-Test in der Abklärung

Auf der [Homepage der KBV](#) sind viele weitere nützliche Informationen zu diesem Thema abrufbar.

Vordruckerläuterungen der Anlage 2 BMV-Ä

Psychotherapeuten

Höhere Vergütung der Strukturzuschläge

Rückwirkend zum 1. Januar 2020 hat der Bewertungsausschuss die Bewertung der

Strukturzuschläge für psychotherapeutische Einzeltherapien, Gruppentherapien und

Sprechstunden sowie Akutbehandlungen im EBM um circa 4,3% erhöht.

Psychotherapeuten erhalten die Strukturzuschläge zu ihren Leistungen, wenn sie im Quartal eine bestimmte Mindestpunktzahl von antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen, Psychotherapeutischen Sprechstunden, Akut-

behandlungen und bestimmter neuropsychologischer Leistungen abrechnen.

Die GOP 35571, 35572 und 35573 werden von der Kassenärztlichen Vereinigung

Hamburg automatisch zugesetzt.

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 471. Sitzung

GOP	Leistungsbeschreibung	Bewertung bis Dezember 2019	Bewertung ab Januar 2020
35571	Zuschlag Einzeltherapie	166 Punkte; 18,23 €	173 Punkte 19,00 €
35572	Zuschlag Gruppentherapie	70 Punkte; 7,69 €	73 Punkte; 8,02 €
35573	Zuschlag Sprechstunde / Akutbehandlung	84 Punkte; 9,22 €	88 Punkte; 9,66 €

Neue Zuschläge zur Kurzzeittherapie

Zum 1. April 2020 werden die Kurzzeittherapien (KZT) durch die Abrechnungsmöglichkeit von Zuschlägen besser vergütet. Damit wird eine Forderung des Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15. November 2019 umgesetzt.

Diese Zuschläge sind sowohl für GOP der KZT 1 als auch der KZT 2 berechnungsfähig – insgesamt höchstens zehn Mal im Krankheitsfall. Damit ist es bei vorausgegangener Akutbehandlung ebenfalls möglich, zehn Zuschläge für durchgeführte Sitzungen einer Kurzzeittherapie zu berechnen. Dies gilt auch in

Fällen, in denen die ersten zehn Sitzungen – durch die Verrechnung der durchgeführten Stunden der Akutbehandlung mit dem Stundenkontingent der KZT 1 gemäß Paragraph 29 Absatz 1 der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses – in Teilen oder vollständig einer KZT 2 entsprechen.

Der Gesetzgeber hat jedoch vorgegeben, dass die neuen Zuschläge nur dann abrechenbar sind, wenn Sie für die Mindestsprechstundenanzahl gem. §19a Abs. 1 der Zulassungsverordnung für

Vertragsärzte zur Verfügung stehen.

Abrechnung

Abgerechnet werden die neuen Zuschläge mit den **GOP 35591 bis 35599 EBM**. Detaillierte Informationen entnehmen Sie bitte der folgenden Tabelle.

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 475. Sitzung

GOP	Leistungsinhalt	Bewertung	Hinweise
Zuschläge für Kurzzeittherapie - Abschnitt 35.2.3.2 EBM			
35591	Zuschlag zu den GOP 35401, 35402, 35411, 35412, 35421 und 35422,	139 Punkte; 15,26 €	• Höchstens 10-mal im Krankheitsfall • Auch bei Durchführung der Leistungen im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig
35593	Zuschlag zu den GOP 35503, 35523 und 35543,	138 Punkte; 15,15 €	• Höchstens 10-mal im Krankheitsfall
35594	Zuschlag zu den GOP 35504, 35524 und 35544,	116 Punkte; 12,74 €	• Höchstens 10-mal im Krankheitsfall
35595	Zuschlag zu den GOP 35505, 35525 und 35545,	103 Punkte; 11,31 €	• Höchstens 10-mal im Krankheitsfall
35596	Zuschlag zu den GOP 35506, 35526 und 35546,	95 Punkte; 10,43 €	• Höchstens 10-mal im Krankheitsfall
35597	Zuschlag zu den GOP 35507, 35527 und 35547,	88 Punkte; 9,66 €	• Höchstens 10-mal im Krankheitsfall
35598	Zuschlag zu den GOP 35508, 35528 und 35548,	84 Punkte; 9,22 €	• Höchstens 10-mal im Krankheitsfall
35599	Zuschlag zu den GOP 35509, 35529 und 35549,	80 Punkte; 8,79 €	• Höchstens 10-mal im Krankheitsfall