

Aktuelle Informationen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Ausgabe vom 06.01.2020 für das Quartal 1/2020

Fachgruppenübergreifend

- Früherkennung von Zervixkarzinomen
- Neue Version des Musters 39
- Liposuktion bei Lipödem ab 01.01.2020 Kassenleistung
- Biomarkerbasierter Test beim primären Mammakarzinom
- Neue GOP 11601 bei Lynparza®-Indikation
- Kodieren: Verwendung des Ersatzwertes „UUU“ entfällt
- Anpassung der Onkologie-Vereinbarung
- Nachtrag: Förderung der Videosprechstunde
- Nachtrag: Beobachtung und Betreuung eines Kranken bei der Gabe von Velmanase alfa
- Ausblick: Neuer EBM ab dem 01.04.2020

Hausärzte

- Mithilfe zur Aufrechterhaltung der Genehmigung der NÄPa für Hausärzte

Kinderärzte

- Änderung beim Erweiterten Neugeborenen-Screening

Augenärzte

- (Ergänzung) Abrechnung und Vergütung der optischen Kohärenztomographie (OCT) neben anderen operativen Eingriffen

Fachinternisten (fachärztlich tätig)

- Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgerätes

Psychotherapeuten

- Gutachterverfahren für Gruppentherapien entfallen

TSVG

- Zusatzpauschale für TSS-Termin zur U-Untersuchung
- TSS-Zuschlag für ermächtigte Ärzte
- BMG hebt Beschlüsse zur TSVG-Umsetzung teilweise auf
- TSS-Akutfall ab dem 01.01.2020 abrechenbar

Fachgruppenübergreifend

Früherkennung von Zervixkarzinomen

Am 01.01.2020 startet das komplett neu strukturierte Programm zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs.

In diesem Zusammenhang wurde der Abschnitt 1.7.3 im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) neu angeordnet.

Die Leistungen zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening sind jetzt im Unterabschnitt 1.7.3.1 EBM zu finden.

Im Unterabschnitt 1.7.3.2 EBM werden ab dem 01.01.2020 die ärztlichen, zytologischen und laborärztlichen Leistungen für die Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen (Abschnitt B der KFE-RL und der oKFE-RL) abgebildet.

Neu bei dem Zervixkarzinom-Programm ist unter anderem, dass Frauen ab 35 alle drei Jahre Anspruch auf ein kombiniertes Screening, eine so genannte Ko-Testung, haben. Diese besteht aus einer zytologischen Untersuchung und einem HPV-Test.

Frauen im Alter von 20 bis 34 Jahren haben zudem wie bisher Anspruch auf eine jährliche zytologische Untersuchung.

Im Rahmen des sogenannten Primärscreenings können Frauenärzte für die gynäkologische Untersuchung und Abstrichentnahme die Gebührenordnungsposition (**GOP 01761**) in Ansatz bringen. Sie ist zunächst mit 19,66 € (179 Punkte) bewertet. Sobald die Dokumentation zum Programm mit gesondertem Beschluss in Kraft tritt und aufgenommen wird, steigt die Bewertung auf 23,72 Euro (216 Punkte).

Auch für die Untersuchung der Abstriche gibt es zwei neue Leistungen im EBM. Die **GOP 01762** dient der Abrechnung der zytologischen Untersuchung und ist mit 8,89 € (81 Punkte) bewertet. Sie ersetzt die GOP 01733 EBM, welche ab dem 01.01.2020 nicht länger berechnungsfähig ist.

Für den HPV-Test wird die **GOP 01763** in den EBM aufgenommen. Sie ist mit 18,78

€ (171 Punkte) bewertet und enthält den Nachweis der High-Risk-HPV-Typen sowie bei positivem Befund die Genotypisierung auf die besonders cancerogenen Typen 16 und 18.

Zur Abklärung auffälliger Befunde aus dem Primärscreening wird für die Abklärungsdiagnostik mit Abstrichentnahme die **GOP 01764** (67 Punkte / 7,36 Euro) in den EBM aufgenommen. Die Entnahmematerialien werden der gynäkologischen Praxis vom zytologischen Labor zur Verfügung gestellt.

Die Abklärungskolposkopie nach der **GOP 01765** dürfen nur Gynäkologen mit entsprechender Qualifikation und einer Abrechnungsgenehmigung durchführen. Die Untersuchung wird mit 72,26 Euro (658 Punkte) vergütet.

Auch bei diesen beiden Leistungen findet eine Punktwertanpassung statt, sobald die Dokumentation zum Programm startet.

Im Zusammenhang mit der Abklärungsdiagnostik werden für die zytologische Untersu-

chung die **GOP 01766** (288 Punkte / 31,63 Euro), für den HPV-Test die **GOP 01767** (171 Punkte / 18,78 Euro) und für die histologische Untersuchung die **GOP 01768** (248 Punkte / 27,23 Euro) in den EBM aufgenommen.

Für gynäkologische Untersuchungen ohne Abstrich, die Ärzte zwischen dem dreijährigen Untersuchungsintervall einmal jährlich (nach der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und außerhalb des Programms) durchführen können, wird die **GOP 01760** (17,46 € / 159 Punkte) in den Abschnitt 1.7.3.2 EBM aufge-

nommen. Sie ersetzt die GOP 01730 EBM, welche ab dem 01.01.2020 nicht mehr berechnungsfähig ist.

Sämtliche Leistungen zur Früherkennung eines Zervixkarzinoms und zur Abklärung auffälliger Befunde werden extrabudgetär vergütet.

Durch die Aufnahme der neuen Leistungen (01763 und 01767 EBM) in die GOP 01700 für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin und in

die GOP 01701 für alle anderen Vertragsärzte wird die Berechnungsfähigkeit der Grundpauschalen ermöglicht.

Da die GOP 19311 sowohl die Zervix- als auch die Urinzytologie beinhaltet, wird sie aufgrund des neu strukturierten Programms zum 01.01.2020 gestrichen und durch die **GOP 19318 und 19319** EBM ersetzt, welche die zytologischen Untersuchungen getrennt abbilden.

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 455. Sitzung vom 11.12.2019

GOP	Leistungsinhalt	Punkte	Hinweise
Klinische Untersuchung ohne Abstrich - Abschnitt 1.7.3.2 EBM			
01760	Klinische Untersuchung ohne Abstrich	159 Pkt./ 17,46 €	Anspruch ab 20 Jahren Untersuchung wird zwischen den dreijährigen Untersuchungsintervallen bei Frauen ab 35 Jahren einmal jährlich durchgeführt
Primärscreening - Abschnitt 1.7.3.2.1 EBM			
01761	Klinische Untersuchung zur Früherkennung des Zervixkarzinoms gemäß Teil III C §6 der OKFE-RL ab 30 Jahren erfolgt zusätzlich eine Brustuntersuchung	179 Pkt./ 19,66 €	Anspruch zwischen 20 – 34 Jahren jährlich Anspruch ab 35 Jahren alle drei Jahre

01762	Ärztliche zytologische Untersuchung im Primärscreening gemäß Teil III C §6 der OKFE-RL	81 Pkt./ 8,89 €	<p>Anspruch zwischen 20 – 34 Jahren jährlich</p> <p>Anspruch ab 35 Jahren alle drei Jahre in Kombination mit dem HPV-Test</p> <p>Für die Abrechnung wird die Genehmigung „Zervix-Zytologie“ benötigt</p> <p><u>Abrechnungsintervall:</u> Immer im Zusammenhang mit der GOP 01761 EBM</p>
01763	HPV-Test	171 Pkt./ 18,78 €	<p>Anspruch ab 35 Jahren in Kombination mit der GOP 01762 (Ko-Testung)</p> <p>Für die Abrechnung wird die Genehmigung „Speziallabor“ benötigt</p> <p><u>Abrechnungsintervall:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle drei Jahre bei unauffälligem Befund • Wiederholung nach einem Jahr bei auffälligem Befund • Bei Auffälligkeiten erfolgt Abklärungsdiagnostik
Abklärungsdiagnostik - Abschnitt 1.7.3.2.2 EBM			
01764	<p>Abklärungsdiagnostik gemäß Teil III C §7 der oKFE-RL mit Abstrichentnahme</p> <p>Wird bei auffälligen Befunden abgerechnet</p>	67 Pkt./ 7,36 €	Für die Abrechnung wird keine Genehmigung benötigt
01765	Abklärungskolposkopie gemäß Teil III §§7 und §8 der oKFE-RL zur Abklärung auffälliger Befunde	658 Pkt./ 72,26 €	Nur für Gynäkologen mit Genehmigung für Abklärungskoloskopie (neu) abrechenbar
01766	<p>Zytologische Untersuchung gemäß Teil III C §7 oKFW-Rili</p> <p>Kosten für Objektträger, Fixierlösung, Probengefäß, sowie Abstrichbesteck sind enthalten</p>	288 Pkt./ 31,63 €	Für die Abrechnung wird die Genehmigung „Zervix-Zytologie“ benötigt

01767	HPV Test im Rahmen der Abklärungsdiagnostik gemäß Teil II C §7 der oKFE-Rili Nur bestimmte Hochrisiko-HPV-Tests dürfen verwendet werden	171 Pkt./ 18,78 €	Für die Abrechnung wird die Genehmigung „Speziallabor“ benötigt
01768	Histologische Untersuchung im Rahmen der Abklärungsdiagnostik gemäß Teil III C §7 der oKFE-Richtlinie	248 Pkt./ 27,23 €	Je Material berechnungsfähig Für die Abrechnung wird keine Genehmigung benötigt

Neue Version des Musters 39

Im Rahmen der Neugestaltung der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFR-RL) wurde auch das dazugehörige Muster 39 überarbeitet und löst zum 1. Januar 2020 die Version 01/2015 ab.

Inhaltlich wurde das Muster überarbeitet; in der neuen

Version entfallen die Angaben zur rektalen Untersuchung und zum Blutdruck. Ergänzt wurde das Formular um Informationen zum Test auf Humane Papillomviren (HPV) und zur HPV-Impfung. Neben dem Testergebnis und den Informationen zum Virustyp sind auch Angaben zum verwendeten Test (Schwellen-

wert, Pharmazentralnummer) obligat. Diese Angaben sind Teil der Dokumentationsvorgaben.

Das Muster 39 steht sowohl in gedruckter Form sowie als digitale Version zur Verfügung.

Liposuktion bei Lipödem ab 01.01.2020 Kassenleistung

Zum Quartal 1/2020 werden neue Leistungen für die Fettabsaugung bei einem Lipödem im Stadium III in den EBM aufgenommen.

Voraussetzung für die Leistungserbringung ist, dass

eine konservative Therapie nicht zu einer Linderung der Beschwerden geführt hat.

Ärzte die eine Liposuktion beim Lipödem im Stadium III durchführen wollen, benöti-

gen eine Genehmigung zum ambulanten Operieren.

Die Operation kann sowohl ambulant als auch belegärztlich durchgeführt werden.

In der nachfolgenden Tabelle sind die Leistungen im Einzelnen abgebildet.

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 455. Sitzung vom 11. Dezember 2019

GOP	Beschreibung	Bewertung ambulante OP	Bewertung stationäre OP
Ambulante und belegärztliche Operationen an der Körperoberfläche			
31096/36096 Liposuktion bei Lipödem im Stadium III	Eingriff der Kategorie AA6	6.037 Punkte/ 662,94 €	3.822 Punkte/ 419,71 €
31097/36097 Liposuktion bei Lipödem im Stadium III	Eingriff der Kategorie AA7	6.444 Punkte/ 707,63 €	4.118 Punkte/ 452,21 €
31098/36098 Zuschlag zur GOP 31096 bei Simultaneingriffen sowie zur GOP 31097	<ul style="list-style-type: none"> Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollende 15 Min. Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht 	612 Punkte/ 67,21 €	377 Punkte/ 41,40 €
Ambulante und belegärztliche Lokalanästhesien durch den Operateur			
31802/36802 Tumesenzlokalanästhesie durch den Operateur	<ul style="list-style-type: none"> Tumesenzlokalanästhesie der Haut und des subkutanen Fettgewebes Überwachung und Dokumentation der Vitalparameter Pulsoxymetrie EKG-Monitoring I.v.-Zugang Infusion(en) Verabreichung von Analgetika/Sedativa 	2.592 Punkte/ 284,64 €	1.619 Punkte/ 177,79 €
Kostenpauschale bei Durchführung der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III			

40165	Entsprechend der bei den GOP 31096 und 31097 für die beim Eingriff eingesetzte(n) Absaugkanüle(n)	72,00 €	
-------	---	---------	--

Biomarkerbasierter Test beim primären Mammakarzinom

Wie bereits im Newsletter vom 27. September 2019 angekündigt, kann ab dem Quartal 1/2020 ein spezifizierter Biomarker-Test zur Ermittlung des Rezidivrisikos bei Brustkrebs abgerechnet werden. Damit soll die Entscheidung für oder gegen eine adjuvante systemische Chemotherapie unterstützt werden.

Der Test kann ausschließlich bei Patientinnen mit einem primären Hormonrezeptor-positiven, HER2/neu-negativen, nodalnegativen und nicht metastasierten Mammakarzinom angewendet werden, sofern die Empfehlung für oder gegen eine adjuvante systemische Chemotherapie beim primären Mammakarzinom aufgrund klinischer und pathologischer Kriterien allein nicht eindeutig getroffen werden kann.

Die Vergütung wurde nun vom Bewertungsausschuss festgelegt.

So kann für die Aufklärung der Patienten über den Test und die Erläuterung des Testergebnisses von Frauenärzten die **GOP 08347 EBM** und von Internisten die **GOP 13507 EBM** je 5 Minuten in Ansatz gebracht werden. Die Leistungen sind mit jeweils 7,14 € (65 Punkte) bewertet und können höchstens fünfmal im Krankheitsfall (KHF) abgerechnet werden (Entspricht 325 Punkten im KHF).

Die Aufklärung zu diesem Test dürfen nur Fachärzte für

- Gynäkologie mit dem Schwerpunkte gynäkologische Onkologie
- Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie
- Innere Medizin oder Gynäkologie und Geburtshilfe mit dem Nachweis der

Zusatzweiterbildung „Medikamentöse Tumortherapie“

vornehmen.

Für die Aufklärung der Patientinnen ist das vom G-BA veröffentlichte Merkblatt zum „Biomarkerbasierten Test beim frühen Brustkrebs“ zu verwenden.

Pathologen bringen für die Aufarbeitung der Gewebeprobe und die Weiterleitung zur Genexpressionsanalyse die **GOP 19501** (552 Punkte / 60,62 €) in Ansatz.

Der erforderliche Test „Onco-type DX Breast Recurrence Score®“ kann mittels der **GOP 19502 EBM** abgerechnet werden. Er ist mit 3.296,50 € bewertet.

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 455. Sitzung vom 11. Dezember 2019

Neue GOP 11601 bei Lynparza®-Indikation

Zum 1. Januar 2020 wurde die neue **GOP 11601** in den EBM aufgenommen. Sie dient der Indikationsstellung vor der Verordnung des Arzneimittels Olaparib (Lynparza®), das als Monotherapie bei Patienten mit einer BRCA1 und BRCA2 Mutation (krankhafte Brustkrebsveränderung) eingesetzt wird.

Die GOP 11601 ist nur berechnungsfähig, wenn die Indikationskriterien für eine Untersuchung nach der GOP

11440 auf ein hereditäres Mamma- und Ovarialkarzinom nicht erfüllt sind oder wenn die Untersuchung auf eine bekannte konstitutionelle Mutation in den Genen BRCA1/2 nach der GOP 11518 diese Mutation nicht bestätigt. Ebenfalls ist die Angabe des zur Behandlung geplanten und/oder eingesetzten Arzneimittels obligat.

Bewertet ist die neue GOP mit 20.507 Punkten (2.251,94 €) und wird außerhalb der mor-

biditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt. Einmal im Krankheitsfall darf diese Leistung von Humangenetikern, Laborärzten, Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung „medizinische Genetik“ sowie Vertragsärzten, die Auftragsleistungen des Kapitels 11 erbringen und hierfür eine Genehmigung besitzen, abgerechnet werden. *Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 455. Sitzung vom 11. Dezember 2019*

Kodieren: Verwendung des Ersatzwertes „UUU“ entfällt

Seit dem 1. Januar 2020 ist die Verwendungsmöglichkeit des bisherigen Ersatzwertes „UUU“ als Kodierung aufgehoben und eine Neuregelung in den Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) aufgenommen worden.

Die Kodierung „UUU“ wurde insbesondere zur Abrechnungsdokumentation von Fachgruppen genutzt, die in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen abrechnen. Dabei ist kein Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich und so-

mit die Kenntnis oder Stellung einer Diagnose nur bedingt beziehungsweise nicht möglich.

Die Neuregelung ist in Paragraph § 57a BMV-Ä festgehalten und sieht für die zwei folgenden Konstellationen anstelle des jeweils spezifischen Diagnoseschlüssels nach ICD-10-GM regelhaft im Sinne eines Erstwertes den ICD-10-Kode „**Z01.7 Laboruntersuchung**“ vor.

Konstellation 1:

Für Arztfälle in einer Arztpraxis, in denen in-vitro-diagnostische Untersuchungen der Abschnitte 11.4, 19.3, 19.4, 32.2, 32.3 EBM oder entsprechende Untersuchungen im Abschnitt 1.7 oder 8.5 des EBM ohne unmittelbaren Arzt-Patienten-Kontakt durchgeführt werden, es sei denn, im EBM sind für die Abrechnung der GOP speziellere Regelungen getroffen.

Konstellation 2:

Fallunabhängig für Fachärzte für Pathologie, Fachärzte für Neuropathologie, Fachärzte für Laboratoriumsmedizin

sowie Fachärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie.

Änderungsvereinbarung des BMV-Ä zwischen der Kassenärztlichen

Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen vom 29.10.2019

Anpassung der Onkologievereinbarung

Ab dem 01.01.2020 kann die Kostenpauschale für die orale Tumorthherapie (GOP 86520) im selben Quartal nicht mehr neben der Palliativversorgung (GOP 86518) abgerechnet werden.

Dieser Ausschluss wurde festgelegt, weil die Berechnung der Kostenpauschale 86518 für die Palliativversorgung den Abschluss einer Tumorthherapie voraussetzt. Zudem gilt dieser Ausschluss

bereits für die Kostenpauschale 85616 (intravenöse / intraarterielle Tumorthherapie).

Onkologie-Vereinbarung

Nachtrag: Förderung der Videosprechstunde

Im Nachgang zur Newsletterausgabe des Quartals 4/2019 erreichten uns weitere ausführliche Informationen zur Videosprechstunde. Aus diesem Grund möchten wir das Thema an dieser Stelle erneut aufgreifen und Ihnen alle wichtigen Informationen zur Verfügung stellen.

Seit dem 01.10.2019 ist die Videosprechstunde von fast allen Arztgruppen abrechenbar. Auch Psychotherapeuten können Ihre Patienten mittels Videosprechstunde behandeln. Hierbei gilt, dass im Vorwege einer psychotherapeutischen Fernbehandlung ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) zur

Eingangsdagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung stattgefunden haben muss.

Von der Videosprechstunde ausgenommen sind Laborärzte, Nuklearmediziner, Pathologen und Radiologen.

Neu ist zudem, dass eine Konsultation per Video auch dann erfolgen kann, wenn der Patient zuvor nicht in der Praxis behandelt wurde. Zur Abbildung des Aufwands der Datenerfassung wurde hierzu die **GOP 01444** in den EBM aufgenommen. Sie ist mit 1,10 € (10 Punkte) bewertet und wird extrabudgetär vergütet.

In diesem Zusammenhang wurde als Übergangslösung die Anlage 4b „Vereinbarung über die Authentifizierung von Versicherten bei der ausschließlichen Fernbehandlung“ in den BMV-Ärzte aufgenommen.

Ein neuer Patient kann authentifiziert werden, indem dieser seine elektronische Gesundheitskarte bei der Videotelefonie mithilfe der Kamera vorzeigt und das Bestehen des Versicherungsschutzes mündlich bestätigt. Diese Vorgehensweise ist nur dann notwendig, wenn der Patient weder im aktuellen noch im vorherigen Quartal in der Praxis vorstellig wurde.

Andernfalls dürfen die im Praxisverwaltungssystem gespeicherten Versichertenstammdaten genutzt werden.

Folgende Informationen sind zu erheben:

- Name, Vorname und Geburtsdatum
- PLZ des Wohnortes
- Bezeichnung der Krankenkasse
- Versichertenart (Mitglied, Familienversichert, Rentner)
- Versichertennummer

Im Rahmen der Förderung der Videosprechstunde wurde auch die Vergütung neu geregelt. So wird die Videosprechstunde nicht wie bisher mittels der GOP 01439 EBM, sondern mittels der jeweiligen Versicherten-/ Grund- bzw. Konsiliarpauschale* abgerechnet. Die GOP 01439 ist entsprechend nicht länger berechnungsfähig.

Erfolgt die Behandlung ausschließlich per Videosprechstunde ohne persönlichen APK im jeweiligen Quartal wird durch die KV ein fachgruppenspezifischer, prozen-

tualer Abschlag auf die jeweilige VP/GP/KP vorgenommen:

- **20 % Abschlag:** Hausärzte, Kinderärzte, Neurologen/-chirurgen, Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, Schmerztherapie, Strahlentherapie und Ermächtigte Ärzte
- **25 % Abschlag:** Fachinternisten, Frauenärzte, Chirurgen, MGK-Chirurgie, Humangenetik, Hautärzte, Orthopäden, Urologen, Physikalische und Rehabilitationsmediziner
- **30 % Abschlag:** Anästhesisten, Augenärzte, HNO-Ärzte/Phoniater

Patienten, die innerhalb eines Quartals ausschließlich per Videosprechstunde behandelt werden, müssen in der Abrechnung mit der **Pseudo-GOP 88220** gekennzeichnet werden.

Die Anzahl dieser Behandlungsfälle ist auf 20 % aller Behandlungsfälle des Arztes/ Psychotherapeuten beschränkt.

Wie bisher wird je APK im Rahmen einer Videosprech-

stunde oder Videofallkonferenz eine Technikpauschale (GOP 01450) zur Finanzierung der Kosten in Höhe von 4,39 € (40 Punkte) vergütet. Der Höchstwert je abrechnenden Vertragsarzt beträgt hierbei 208,53 € (1.899 Punkte) je Quartal.

Zudem wurde die **GOP 01451** als Anschubförderung für die Videosprechstunde in den EBM aufgenommen. Sie wird mit 10,10 € (92 Punkten) je APK im Rahmen einer Videosprechstunde honoriert, sofern eine Praxis im Quartal mindestens 15 Videosprechstunden im Quartal durchführt. Der Höchstwert dieser Leistung beträgt ca. 505,00 € je Praxis pro Quartal. Dies entspricht 50 Online-Visiten.

Zusätzlich zur Videosprechstunde können Ärzte und Psychotherapeuten bestimmte Leistungen für Gespräche abrechnen, die sie per Videosprechstunde anbieten.

So sind bei Erfüllung der jeweiligen Voraussetzungen neben der Videosprechstunde ebenfalls die Zuschläge für die fachärztliche Grundversorgung, für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags (GOP

03040/04040), für die Unterstützung der hausärztlichen Versorgung durch qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten (GOP 03060/ 03061) und für die Behandlung durch konservativ tätige Augenärzte (GOP 06225) berechnungsfähig.

Videosprechstunden werden beim Chronikerzuschlag angerechnet. D. h., dass Haus- und Kinderärzte den Zuschlag (GOP 03220 bis 03222/ GOP 04220 bis 04222) auch dann erhalten, wenn von den drei erforderlichen APK ein oder zwei Kontakte per Video stattgefunden haben.

Auch mit Pflegekäften von Pflegebedürftigen, die in der Häuslichkeit oder in beschützenden Einrichtungen versorgt werden, durchgeführte Videofallkonferenzen werden seit dem 01.10.2019 vergütet. So kann ein Arzt, der die diagnostischen, therapeutischen, rehabilitativen und/ oder pflegerischen Maßnahmen eines Pflegebedürftigen koordiniert für eine Videofall-

konferenz mit einer Pflegekraft die **GOP 01442 EBM** in Ansatz bringen. Diese ist mit 7,03 € (64 Punkte) bewertet und kann bis zu dreimal im Krankheitsfall abgerechnet werden. Voraussetzung hierbei ist, dass im aktuellen und/oder den vorangegangenen zwei Quartalen mindestens ein persönlicher APK in derselben Praxis stattgefunden hat.

Darüber hinaus können folgende weitere Fallkonferenzen/ -besprechungen seit dem 01.10.2019 per Video erbracht werden:

- GOP 30210: Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom
- GOP 30706: Schmerztherapie
- GOP 30948: MRSA-Fall und/ oder regionale Netzwerkkonferenz
- GOP 37400: Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Den Technikzuschlag nach der GOP 01450 EBM erhält nur der Arzt/ Psychotherapeut, der die Videofallkonferenz initiiert hat.

Im Zusammenhang mit der Förderung der Videosprechstunde wurde ebenfalls die Anlage 31b „Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde“ des BMV-Ä aktualisiert. So werden u. a. die Videodienstleister dazu verpflichtet, den Arztpraxen eine Bescheinigung über die erfüllten Nachweise zur Informationssicherheit, zum Datenschutz und zu den Inhalten gemäß § 5 Absatz 1 der Anlage 31b auszuhändigen. Eine Liste der zertifizierten Videodienstleister steht Ihnen auf der Homepage der KBV zur Verfügung.

* Für Strahlentherapeuten ausschließlich bei GOP 25214 EBM

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 449. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Nachtrag: Beobachtung und Betreuung eines Patienten bei der Gabe von Velmanase alfa

Bereits zum 1. Oktober 2019 wurde eine neue Leistung zur Beobachtung und Betreuung eines Patienten bei der Gabe von Velmanase alfa (Lamzed®) in den EBM aufgenommen. Die Enzymersatztherapie wird bei Patienten mit leichter bis mittelschwerer Alpha-Mannosidose (lysosomale Speichererkrankung) eingesetzt.

Abgerechnet wird die neue Leistung mit der **GOP 01514** EBM. Sie ist mit 502 Punkten (55,13€) bewertet und wird außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt. Leistungserbringer können Pädiater, Internisten und Neurologen sein.

Zur Berechnungsfähigkeit der neuen GOP wird ebenfalls

vorausgesetzt, dass diese für mehr als zwei Stunden erfolgt ist und eine Angabe zum Körpergewicht des Patienten gemacht wird. Bei einem Körpergewicht unter 50kg muss ebenfalls die Infusions- und Überwachungsdauer mit angegeben werden.

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 454. Sitzung

Ausblick: Neuer EBM ab dem 01.04.2020

Nach mehrjährigen Verhandlungen haben sich die KBV und der GKV-Spitzenverband auf eine EBM-Reform zum 01.04.2020 geeinigt.

Neben einigen strukturellen Änderungen stand vor allem die Neubewertung ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen im Fokus. In diesem Zuge wurden auch die Zeiten, die Ärzte im Schnitt für eine Behandlung oder Untersuchung benötigen und die ebenfalls in die Leistungsbewertung einfließen, überprüft und angepasst.

Wie im Beschluss des BA im Jahr 2012 festgelegt, muss

die Reform unter Berücksichtigung der Ausgabenneutralität erfolgen. Das bedeutet, dass eine Höherbewertung von Leistungen zu Einsparungen bei anderen Leistungen führt.

Zudem wurde im Terminservice- und Versorgungsgesetz zusätzlich gefordert, dass die Bewertungen technischer Leistungen überprüft werden und die sprechende Medizin gefördert wird. Dadurch kommt es zu Absenkungen der Leistungsbewertungen bei den technischen Fächern, während Gespräche zum Teil höher bewertet werden.

Welche Auswirkungen die Neubewertungen auf die einzelnen Arztgruppen haben werden, möchten wir Ihnen ausführlich in einer Sonderausgabe zum Newsletter darlegen. Diese werden wir Ende Februar zur Verfügung stellen. Bereits jetzt finden Sie viele wichtige Informationen rund um den neuen EBM auf der Homepage der KBV: Service → Service für die Praxis → Abrechnung → Honorar → Weiterentwicklung EBM

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 455. Sitzung am 11.12.2019

Hausärzte

Mithilfe zur Aufrechterhaltung der Genehmigung der NÄPa für Hausärzte

Zum 01.01.2015 wurde ein extrabudgetärer Zuschlag für die nichtärztlichen Praxisassistenten (NÄPa) in Hausarztpraxen eingeführt.

Um eine NÄPa in der Arztpraxis einsetzen zu können, bedarf es einer Genehmigung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung, das regelt die "Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V" (Delegationsvereinbarung) vom 17.03.2009 (Stand: 01.01.2019).

Alle Hausärzte, die eine / en nichtärztliche / n Praxisassistentin / en beschäftigen und eine Genehmigung erhalten haben, müssen zur Berechnung der GOP 03060 bis 03065 EBM die Voraussetzungen gemäß Präambel 3.2.1.2, Nr. 1 des EBM erfüllen. Das bedeutet, die Praxen müssen die notwendige

durchschnittliche Mindestanzahl an Behandlungsfällen in den letzten vier Quartalen erreichen. Dies sind bei voller Zulassung je Hausarzt und Einzelpraxis 700 Behandlungsfälle pro Quartal bzw. 120 Fälle bei Patienten, die älter als 75 Jahre sind; bei mehreren Hausärzten in der Praxis erhöht sich die Fallzahl um 521 bzw. 80 Fälle je weiteren Arzt mit vollem Tätigkeitsumfang. Sofern bei einem Hausarzt kein voller Tätigkeitsumfang vorliegt, wird die Fallzahl anteilig entsprechend seinem Tätigkeitsumfang ermittelt. Nicht berücksichtigt werden hierbei Fälle im organisierten Bereitschaftsdienst, Überweisungsfälle ohne Patienten-Kontakt und stationäre (belegärztliche) Fälle. Sollten diese Zahlen dennoch nicht ausreichend sein, werden die Fälle aus den Selektivverträgen, nach §73b zur Berechnung hinzugezogen.

Ärzte die an einem Selektivvertrag gemäß §73b SGB V und / oder einem Vertrag zur

knappschaftlichen Versorgung teilnehmen, müssen diese Behandlungsfälle gemäß Nr. 11 der Präambel 3.1 EBM, mit der GOP 88194 kennzeichnen und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg quartalsweise nachweisen.

Wir bitten Sie, diese GOP jedem Ihrer Behandlungsfälle aus den oben genannten Verträgen, die über die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg abgerechnet werden zuzusetzen, damit eine automatische Zuordnung erfolgen kann. Mit dieser Zuarbeit ermöglichen Sie eine reibungslose interne Prüfung zur Aufrechterhaltung Ihrer Genehmigung.

Aktuell gilt diese Regelung für den Vertrag nach §73b SGB V zur Hausarztzentrierten Versorgung zwischen der Knappschaft und der AG Vertragskoordination

Beispiel:

Für die folgenden Leistungsziffern muss je Behandlungs-

fall die GOP 88194 der unten aufgeführten Leistungsziffern

zugesezt werden:

Leistungsbeschreibung	Symbol Nr./Leistungsziffer
Arzt-Patienten-Kontakt, pro Quartal	81110
Medikationscheck	81112
Medikationscheck mit Konsil	81113

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Kinderärzte

Änderung beim Erweiterten Neugeborenen-Screening

Das Erweiterte Neugeborenen-Screening nach der **GOP 01707** kann ab dem 1. Januar 2020 gemäß der Kinder-Richtlinie des G-BA bis zur U3 durchgeführt und abgerechnet werden, sofern die

Durchführung noch nicht im Kinderuntersuchungsheft dokumentiert ist. Bisher konnte die Leistung nur bis zum vollendeten 10. Lebens- tag berechnet werden.

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 455. Sitzung vom 11.12.2019

Augenärzte

(Ergänzung) Abrechnungsfähigkeit der optischen Kohärenztomographie (OCT) neben anderen operativen Eingriffen

Bereits zum 1. Oktober 2019 hatten wir Sie über neue Leistungen zur optischen Kohärenztomographie (GOP 06338 und 06339 EBM) informiert. Jetzt hat der Bewer-

tungsausschuss nachträglich beschlossen, dass diese Leistungen ab dem 1. Januar 2020 am Operationstag neben den operativen eingriffen zur intravitrealen Medikamen-

teneingabe gemäß den GOP 31371 und 31373 sowie 36371 und 36373 EBM berechnungsfähig sind.

Diese Ergänzung ist als Anmerkung zu den GOP 06338 und 06339 in den EBM aufge-

nommen worden. Das war bisher ausgeschlossen.

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 455. Sitzung vom 11.12.2019

Fachinternisten (fachärztlich tätig)

Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgerätes

Fachärzte für Innere Medizin mit einem Schwerpunkt und der Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ oder der Qualifikation „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft DDG“ können ab dem 01.01.2020 die **GOP 13360** EBM berechnen (Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung).

Dazu wurde im Abschnitt 13.3.2 klargestellt, dass nicht nur die Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie und die Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt mit den genannten Qualifikationen, sondern alle Fachärzte im Gebiet Innere Medizin gemeint sind.

Das heißt, auch alle Schwerpunktinternisten können die

GOP berechnen, sofern die entsprechenden Qualifikationen vorliegen. In diesem Zusammenhang wird die GOP 13360 auch in die Nummer 3 der Präambel 13.1 des EBM aufgenommen.

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 455. Sitzung vom 11.12.2019

Psychotherapeuten

Gutachterverfahren für Gruppentherapie entfallen

Im Zuge einer Änderung des § 92 (6a) SGB V entfallen ab sofort die Gutachterverfahren für Gruppentherapien nach der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL). Damit sollen die derzeit nur in geringem Umfang durchgeführten Grup-

pentherapien gefördert werden.

Eine dem Gesetz entsprechende Anpassung der PT-RL sowie der Psychotherapie-Vereinbarung konnte bislang nicht vorgenommen werden.

Die bestehenden Rahmenbedingungen zum Antragsverfahren bezüglich der Anwendung von Gruppentherapie haben jedoch weiterhin Bestand.

TSVG

Zusatzpauschale für TSS-Termin zur U-Untersuchung

Ab dem 01.01.2020 können Ärzte eine Zusatzpauschale abrechnen, wenn ein Patient über die TSS zu Ihnen vermittelt wurde und am Behandlungstag ausschließlich eine U-Untersuchung ohne Abrechnung der Versicherten- bzw. Grundpauschale erfolgt.

Hierzu wurde die **GOP 01710** in den Abschnitt 1.7.1 EBM aufgenommen.

Die Höhe der Bewertung der GOP 01710 EBM ist wie bei den TSS-Zuschlägen abhängig von der Wartezeit auf ei-

nen Termin und muss mit dem entsprechenden Suffix gekennzeichnet werden:

- Termin innerhalb von acht Tagen: 114 Punkte → Suffix B
- Termin innerhalb von neun bis 14 Tagen: 68 Punkte → Suffix C
- Termin innerhalb von 15 bis 35 Tagen: 45 Punkte → Suffix D

Erster Zähltag ist auch hier der Tag der Kontaktaufnahme

des Patienten bzw. des Elternteils zur TSS.

Bei der Abrechnung der GOP 01710 EBM ist zu beachten, dass am selben Behandlungstag keine kurativen Leistungen durchgeführt und keine Versicherten- oder Grundpauschalen berechnet werden, an anderen Tagen im Quartal hingegen schon.

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 458. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

TSS-Zuschlag für ermächtigte Ärzte

Auch ermächtigte Ärzte, Institute bzw. Krankenhäuser, die ausgewählte Leistungen ambulant abrechnen dürfen, erhalten ab Januar 2020 einen Zuschlag zur Grundpauschale 01320 bzw. 01321 EBM für Patienten, die über die TSS an sie vermittelt wurden. Zur Abbildung der Zuschläge wurden die **GOP 01322 und 01323** EBM neu in den Abschnitt 1.3 EBM aufgenom-

men. Beide Leistungen sind einmal im Arztgruppenfall berechnungsfähig.

Die Höhe der Bewertung ist analog zu den anderen TSS-Zuschlägen nach der Länge der Wartezeit auf einen Termin gestaffelt. Auch hier ist eine Kennzeichnung mit dem entsprechenden Suffix vorzunehmen.

Ärzte mit einem vollen Ermächtigungsumfang dürfen nach wie vor anstelle der neuen GOP 01322 und 01323, die zeitgestaffelten Zuschläge zur Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale für Patienten abrechnen, die über eine Terminservicestelle vermittelt werden.

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 458. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

BMG hebt Beschlüsse zur TSVG-Umsetzung teilweise auf

Wie bereits im Telegramm vom 17.12.2019 mitgeteilt, hat das Bundesgesundheitsministerium seine Teil-Beanstandung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses zum TSVG zurückgezogen.

Damit bleibt es dabei: Vereinbart ein Haus- bzw. Kinderarzt mit einem Facharzt einen Termin innerhalb von vier Kalendertagen, kann er die Überweisungspauschale (GOP 03008/ 04008 EBM) von rund 11 Euro abrechnen. Zur Abrechnung ist es notwendig,

die BSNR der Facharztpraxis, mit der der Termin vereinbart wurde, im Praxisverwaltungssystem einzugeben. Honorierung und Bereinigung der TSVG-Konstellationen finden auf der Basis des „Arztgruppenfalls“ statt.

TSS-Akutfall ab dem 01.01.2020 abrechenbar

Ab dem 01.01.2020 können Termine, die von der TSS am selben bzw. am darauffolgenden Tag an Sie vermittelt werden, unter Vermittlungsart als TSS-Akutfall gekennzeichnet werden.

Analog zu den anderen TSS-Konstellationen werden aufgrund dieser Kennzeichnung alle Leistungen im Arztgruppenfall extrabudgetär vergütet.

Dies gilt auch für solche Leistungen, die von der betroffenen Arztgruppe bei dem Patienten vor der Vermittlung in demselben Quartal erbracht wurden.

Zudem erhalten Sie einen Zuschlag zur VP/GP/KP in Höhe von 50 %. Hierzu kennzeichnen Sie den jeweiligen Zuschlag mit dem Buchstaben suffix A. Eine Übersicht über die arztgruppenspezifischen Zuschläge steht Ihnen

auf der Homepage der KV Hamburg unter dem Themenpunkt „TSVG“ zur Verfügung.

Der Zuschlag ist einmal im Arztgruppenfall berechnungsfähig und wird extrabudgetär vergütet.

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

Tel: 040 / 22802 - 381, E-Mail: abrechnungsnewsletter@kvhh.de

Ausgabe 1/2020 (Januar 2020)

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

Da der Hamburger Punktwert für das Jahr 2020 zum Zeitpunkt der Erstellung des Newsletters noch nicht bekannt war, wurden die Bewertungen der einzelnen Leistungen auf Basis des Hamburger Punktwertes 2019 berechnet, sofern es sich um Leistungen handelt, die mit einem Punktwert hinterlegt sind.