

Sehr geehrte Mitglieder,

Auch in diesem Quartal möchten wir Sie wieder über alle Änderungen und Neuerungen, die Ihre Abrechnung betreffen, kurz und kompakt informieren. Eines sei vorweg genommen – Im Quartal 3/2017 beziehen sich alle neu eingeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) auf die psychotherapeutischen Leistungen. Für alle anderen Fachgruppen gibt es jedoch auch wieder wichtige Hinweise bezüglich der Abrechnungsmodalitäten, wie z. B. die Abrechnungsfähigkeit der im Vertrag zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus genannten Leistungen für die Internisten. Auch auf häufig gestellte Fragen, die uns bezüglich der neuen Leistungen des letzten Quartals erreichten (2/2017), möchten wir zum Abschluss dieses Newsletters eingehen.

Ab sofort können Sie sich auf unserer Website für den Newsletter anmelden, sodass Sie diesen jedes Quartal automatisch an Ihre Mailadresse geschickt bekommen. Außerdem können Sie uns unter der Mailadresse Abrechnungsnewsletter@kvvh.de gerne Anregungen und Fragen zukommen lassen.

An dieser Stelle möchten wir Sie auch auf unsere geänderte Abgabefrist für Ihre Abrechnung 2/2017 hinweisen. Diese können Sie vom 3. bis 12. Juli 2017 bei der KV einreichen. Eine Fristverlängerung kann nur in Ausnahmefällen genehmigt werden und muss substantiell begründet sein.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß mit dem Newsletter

Ihre Abrechnungsabteilungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Themen:

- **Diagnoseliste für die Schweregradzuschläge in der Notfallversorgung**
- **Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie**
- **PET/CT bei fortgeschrittenen Kopf-Hals-Tumoren**
- **Reform zur Psychotherapie-Richtlinie**
- **Kosten für die Anbindung an die Telematikinfrastruktur werden erstattet**
- **Früherkennung von Bauchortenaneurysmen**
- **Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) - Kapitel 37**
- **Neues Formular für die Präventionsempfehlung**
- **Betreuungsstrukturvertrag: BKK Landesverband NORD-WEST kündigt zum 1. Juli 2017**
- **Dokumentation des DMP Diabetes**
- **Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)**
- **Nachträge zum Quartal 2/2017**
 - Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus
 - Keine Obergrenze für Funktionsanalysen von kardio-logischen Aggregaten
 - Neue Vertragspartner: Gesund schwanger
- **Häufig gestellte Fragen zu den Neuerungen 2/2017**

Diagnoseliste für die Schweregradzuschläge in der Notfallversorgung

Im vorangegangenen Newsletter (Quartal 2/2017) informierten wir Sie bereits über die Inhalte und die Vergütung der Schweregradzuschläge nach den GOP 01223, 01224 und 01226. Hierzu wurde im Nachgang einer bundeseinheitlichen Vorgabe zu den erforderlichen Diagnosen zugestimmt. Diese möchten wir Ihnen im Folgenden kurz darstellen.

Diagnosen für die GOP 01223 und 01224

GOP 01223:

- Zuschlag zur Notfallpauschale GOP 01210; Zuschlag für Patienten mit bestimmten Diagnosen – am Tag (7-19Uhr außer an Wochenenden, Feiertagen sowie am 24.12. und 31.12.)

GOP 01224:

- Zuschlag zur Notfallpauschale GOP 01212; Zuschlag für Patienten mit bestimmten Diagnosen – in der Nacht (19-7Uhr, ganztägig an Wochenenden, Feiertagen sowie am 24.12. und 31.12.)

Voraussetzungen zur GOP 01223/ 01224	ICD-10-GM 2016 (gesichert)	Bezeichnung
Frakturen im Bereich der Extremitäten proximal des Metacarpus und Metatarsus	S42.- S52.- S62.0 und S62.1 S72.- S82.- S92.0-S92.28	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes Fraktur des Unterarmes Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Handwurzelknochen Fraktur des Femurs Fraktur des Unterschenkels, einschl. oberes Sprunggelenk Fraktur des Fußes (prox. Metatarsus)
Schädel-Hirn-Trauma mit Bewusstlosigkeit von weniger als 30 Minuten	S06.0 und S06.70	Gehirnerschütterung und Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma
Hypertensive Krise	I10-I15 (jeweils an 5. Stelle die „1“)	Formen der essentiellen Hypertonie mit Angabe einer hypertensiven Krise
Angina pectoris (ausgenommen: ICD I20.9)	I20.0 – I20.8	Formen der Angina pectoris, ausgenommen der nicht näher bezeichneten
Pneumonie	J10.0 J11.0 J12.- J13 J14 J15.- J16.- J17.- J18.- J18.9	Grippe mit Pneumonie, saisonale Influenzaviren nachgewiesen Grippe mit Pneumonie, Viren nicht nachgewiesen Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert (a. n. k.) Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae Pneumonie durch Haemophilus influenza Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert Pneumonie durch sonstige Infektionserreger, a. n. k. Pneumonie bei anderenorts Klassifizierten Krankheiten Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet Pneumonie, nicht näher bezeichnet
Akute Divertikulitis	K57 (jeweils an 5. Stelle die „2“ oder „3“)	Divertikulitis des Dün- oder Dickdarms

Diagnosen für die GOP 01226:**GOP 01226:**

Patienten mit krankheitsbedingt erheblich komplexer Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Art (ausgenommen Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Art infolge psychotroper Substanzen)

Psychische und Verhaltensstörungen S. 173-230 ICD-10-GM 2016

F04; F05.-; F06.0; F06.7; F07.-; F20.-; F21; F22.-; F23.-; F24; F25.-; F28; F29; F30.-; F31.-; F31.7; F32.-; F40.-; F40.8; F40.9; F41.-; F41.9; F43.-; F44.-; F45.-; F50.-; F50.9; F53.1; F60.0; F60.1; F68.1; F70.1; F71.1; F72.1; F73.1; F74.1; F78.1; F79.1; F84.-; F90.-; F91.-; F95.2

Quelle: KBV, 125. Sitzung des AK 4, 27.04.2017

An dieser Stelle möchten wir Sie gerne darauf hinweisen, die manuell eingereichten Notdienst-Scheine vollständig, leserlich und nach Kassen sortiert abzugeben. Folgende Daten müssen enthalten sein:

- Patientendaten (Name, Vorname, Geb. Datum, PLZ, Wohnort, Krankenkasse, Versichertennummer und Status)
- Uhrzeit der Behandlung
- ICD-Code(s)
- Angabe der abzurechnenden Leistung
- Praxisstempel, Datum und Unterschrift



Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie

GOP 34291/34291Q

Seit dem 1. Oktober 2016 steht die Vergütung des Mehraufwandes fest, der dem Arzt durch die sektorenübergreifende Qualitätssicherung (sQS) „Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie“ entsteht. Hierbei wurde der obligate Leistungsinhalt der GOP 34291 (Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie) um die Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie um ein Aufklärungsgespräch erweitert und die Bewertung um 92 Punkte angehoben (3.227 Punkte 346,88€).

Bis zum 30. Juni 2017 wurde eine Übergangsfrist für die GOP 34291 in den EBM aufgenommen, die besagt, dass die GOP 34291 bis zu diesem Datum auch bei fehlender Qualitätssicherung und fehlendem Aufklärungsgespräch zum alten Punktwert als GOP 34291Q berechnungsfähig ist (3.135 Punkte 336,99€).

Ab dem 1. Juli 2017 ist die sektorenübergreifende Qualitätssicherung und somit die Übermittlung der QS-Dokumentation Voraussetzung für die Berechnung der GOP 34291. Die GOP 34291Q nach dem alten Punktwert kann dann nicht mehr abgerechnet werden.

Quellen: Praxisinfo: QS-Verfahren Koronarangiographie/PCI (Stand: 01.02.2017)

PET/CT bei fortgeschrittenen Kopf-Hals-Tumoren

Ab sofort dürfen niedergelassene Nuklearmediziner und Radiologen, sofern sie bestimmte Anforderungen erfüllen, das moderne Diagnoseverfahren bei Patienten mit fortgeschrittenen Kopf-Hals-Tumoren anwenden. Bisher war dies nur im Krankenhaus möglich.

Die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der PET und PET/CT in der vertragsärztlichen Versorgung setzt eine Genehmigung der zuständigen KV voraus. Die Abrechnung erfolgt nach Erteilung der Genehmigung über die vorhandenen GOP des Abschnitts 34.7 EBM.

Nähere Informationen zu den vom G-BA zugelassenen Indikationen bei onkologischen Fragestellungen und den Genehmigungsvoraussetzungen, wie fachliche Befähigung und apparative Voraussetzungen, können der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen PET und PET/CT entnommen werden.

Quellen: Praxis Nachrichten: PET bei fortgeschrittenen Kopf-Hals-Tumoren wird Kassenleistung (08.06.2017); Beschluss des G-BA vom 16.03.2017 (in Kraft getreten: 07.06.2017)

Reform zur Psychotherapie-Richtlinie

Bereits im letzten Newsletter berichteten wir über Neuerungen zur Psychotherapie-Richtlinie. Zum Quartal 3/2017 folgten weitere weitreichende Änderungen. Aufgrund der Komplexität des Themas wurde hierzu eine eigene Broschüre von der KVH erstellt, die Sie unter folgendem Link [Strukturreform zur Psychotherapie-Richtlinie](#) abrufen können. In der Broschüre sind, bis auf die GOP für Einzeltherapeutische Leistungen (Kurzzeittherapie), alle uns derzeit bekannten und relevanten Informationen zusammengefasst. Der Vollständigkeit halber möchten wir Ihnen in der nachfolgenden Tabelle die GOP der Einzeltherapeutischen Leistungen kurz vorstellen. Es ist zu beachten, dass selbst die nach dem 01.07.2017 stattfindenden Sitzungen von vor dem 01.04.2017 begonnenen Therapien mit den neuen GOP abgerechnet werden. Die Vergütung der neuen GOP bleibt analog den alten GOP unverändert. Die Leistungen sind dem Kapitel 35.2.1 des EBM zugeordnet.

Kurzzeittherapie			
Verfahren	alt	neu ab 1. Juli	Bewertung (je vollendete 50 Min.)
	GOP		
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	KZT 35200	KZT1 35401 KZT2 35402	841 Punkte 90.40 Euro (unverändert)
	LZT 35201	LZT 35405	
Analytische Psychotherapie	35210	KZT1 35411 KZT2 35412 LZT 35415	
Verhaltenstherapie	KZT 35220	KZT1 35421 KZT2 35422	
	LZT 35221	LZT 35425	

Zusätzlich sind die neuen GOP unter bestimmten Bedingungen mit Buchstaben-Kennzeichnungen zu versehen. Um sichtbar zu machen, dass die Sitzung unter Einbeziehung einer Bezugsperson erfolgte, wird die Buchstaben-Endung „B“ bei der Kurzzeit- sowie aber auch Langzeittherapie verwendet. Bei den Kurzzeittherapien wird die Buchstaben-Endung „L“ verwendet wenn es sich um die 25. Sitzung nach der alten Psychotherapie-Richtlinie handelt bzw. die Buchstaben-Endung „S“ wenn es sich um die 25. Sitzung nach der alten Psychotherapie-Richtlinie unter Einbeziehung einer Bezugsperson handelt.

Hinweise zur Abrechnung

Besonderheit bei Kurzzeittherapien: Bei Kurzzeittherapien, die vor dem 1. Juli begonnen wurden, richtet sich die Abrechnung nach dem Stand des bewilligten Therapiekontingents:

- die ersten zwölf Sitzungen werden mit der GOP 35401, 35411 oder 35421 abgerechnet,
- die 13. bis 24. Sitzung (bzw. 25. Sitzung, falls die Therapie vor dem 1. April 2017 beantragt worden ist) mit der GOP 35402, 35412 oder 35422.

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung

Psychotherapie: Mehr Honorar für neue Leistungen

Die im April neu eingeführte Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung werden rückwirkend zum 01. April 2017 besser honoriert. Nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses erhalten Vertragsärzte und Psychotherapeuten für die Psychotherapeutische Sprechstunde und für die Akutbehandlung bei einer Dauer von mindestens 25 Minuten 45,25 Euro statt 43,64 Euro. Bei 50 Minuten sind es demnach 90,50 Euro. Darüber hinaus wird der Strukturzuschlag, welcher auf die Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung gezahlt wird von 7,42 Euro auf 7,74 Euro angehoben. Ebenfalls wurde rückwirkend zum 01. April festgelegt, dass die Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG) inklusive des Zuschlags nunmehr auch in den Behandlungsfällen abgerechnet werden darf, in denen die Psychotherapeutische Sprechstunde abgerechnet wird. Die Bewertung der PFG 22216/23216 erhöht sich von 17,63 Euro auf 18,27 Euro und von 4,73 Euro auf 4,94 Euro bei der PFG 22218/23218.

Hypnose neben Leistungen der Verhaltenstherapie abrechenbar

Die Hypnose (GOP 35120) ist rückwirkend zum 01. April 2017 wieder neben den Leistungen der Verhaltenstherapie (GOP 35220 bis 35225 01. April - 30. Juni 2017; GOP 35421 bis 35425 sowie 35543 bis 35559 ab 01. Juli 2017) abrechenbar.

Psychotherapeuten dürfen erstmals Verordnungen ausstellen

Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dürfen ab sofort Krankenhausbehandlungen und Krankentransporten verordnen. Die Verordnung erfolgt auf denselben Formularen, die auch Vertragsärzte verwenden (Muster 2 bei Krankenhausbehandlung und Muster 4 bei Krankentransport). Patienten dürfen in ein Krankenhaus eingewiesen werden, wenn sie aufgrund psychischer Erkrankungen und Störungen stationär behandelt werden müssen. Die Verordnung ist zulässig für Diagnosen, bei denen nach der Psychotherapie-Richtlinie eine Psychotherapie sowie eine neuropsychologische Therapie möglich sind. Für die übrigen Indikationen aus dem Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ des ICD-10-GM muss eine Abstimmung mit dem behandelnden Arzt erfolgen. Patienten sollten sich die Kostenübernahme der stationären Behandlung von ihrer Krankenkasse vorab genehmigen lassen. Psychotherapeuten, die einem Patienten eine Krankenhausbehandlung verordnet haben, können ihm auch die Fahrt dorthin verordnen. Voraussetzung ist, dass die Beförderung medizinisch notwendig ist und der Patient aus medizinischen Gründen nicht selbst fahren kann, beispielsweise mit seinem Pkw oder öffentlichen Verkehrsmitteln. Fahrten zur ambulanten Behandlung sind nur in bestimmten Fällen verordnungsfähig. Möglich ist dies bei Patienten, die einen Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ vorlegen oder einen Pflegebescheid mit Pflegegrad 3, 4 oder 5 und dauerhaft in ihrer Mobilität eingeschränkt sind. Patienten müssen sich die Fahrten zur ambulanten Behandlung vorab von ihrer Krankenkasse genehmigen lassen, damit diese die Kosten übernimmt. Die Verordnung von Reha und Soziotherapie wird erst ab einem späteren Zeitpunkt möglich sein. Hintergrund dazu ist, dass das Ausstellen dieser Verordnungen gesondert honoriert wird. Daher werden KBV und GKV-Spitzenverband im Bewertungsausschuss zunächst über eine Vergütungsregelung für Psychotherapeuten verhandeln. Sie haben dazu sechs Monate Zeit, sobald die geänderten G-BA-Richtlinien in Kraft sind.

Detaillierte Informationen rund um das Thema Verordnungen erhalten Sie auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Quelle: PraxisNachrichten vom 08.06.2017

Kosten für die Anbindung an die Telematikinfrastruktur werden erstattet

Im Rahmen des E-Health-Gesetzes werden ab dem Quartal 3/2017 die Kosten für die Anbindung Ihrer Praxis an die Telematikinfrastruktur (TI) voll erstattet. Zweck: Die TI dient als Kommunikationsplattform, auf der sämtliche Akteure des deutschen Gesundheitswesens miteinander vernetzt werden. Hierüber können alle Online-Anwendungen wie beispielsweise der Versand elektronischer Arztbriefe oder Telekonsile laufen.

Bitte beachten Sie: Derzeit sind noch keine Geräte auf dem Markt. Wir raten Ihnen, noch keine Verträge abzuschließen und die Entwicklung abzuwarten. Falls Sie doch schon einen Vertrag abschließen wollen, müssen Sie unbedingt darauf achten, dass Sie nur den Preis bezahlen, der zum Zeitpunkt der Installation gültig ist - denn nur dieser Preis wird erstattet. Die KV Hamburg wird Ihnen kontinuierlich Informationen zum Stand der Lieferbarkeit zukommen lassen und auch mitteilen, wann es sinnvoll ist, Geräte zu bestellen.

Die Erstattungsbeträge für die technische Erstausrüstung und die laufenden Betriebskosten sehen wie folgt aus:

Konnektor inklusive Funktion für die qualifizierte elektronische Signatur und stationäre Kartenterminals:

Quartal der erstmaligen Nutzung*	Anzahl der Ärzte in der Praxis (Vollzeitäquivalente)		
	Bis zu 3 Ärzte	4 bis 6 Ärzte	Mehr als 6 Ärzte
3/2017	3.055,00€	3.490,00€	3.925,00€
4/2017	2.793,00€	3.228,00€	3.663,00€
1/2018	2.557,20€	2.992,20€	3.427,20€
2/2018	2.344,98€	2.779,98€	3.214,98€
ab 3/2018	1.155,00€	1.590,00€	2.025,00€

** Für Ihre Praxis ist zu beachten, dass für die Höhe der Pauschale nicht das Quartal der Bestellung des Konnektors, sondern das Quartal der erstmaligen Nutzung für das Quartal relevant ist.*

Mobile Kartenterminals

Der Erstattungsbetrag für das mobile Kartenterminal beträgt je Vertragsarzt mit mindestens halber Zulassung und mindestens drei Haus- und/oder Heimbefuche im Quartal und/oder Teilnahme an einem Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V (Ambulante Behandlung in stationären Einrichtungen) 350,00€ je Gerät. Diese Kosten werden auch je ausgelagerter Praxisstätte erstattet.

TI-Startpauschale

Alle Kosten, die im Zusammenhang mit der technischen Ausstattung stehen, z. B. für die Kosten der Anpassung des Praxisverwaltungssystems, werden in Form einer Startpauschale erstattet. Diese beläuft sich auf 900,00€.

Laufende Betriebskosten

Für die laufenden Kosten, die durch die TI entstehen (z. B. Wartung, VPN-Zugang), erhält Ihre Praxis vom 3. Quartal 2017 bis zum 2. Quartal 2018 quartalsweise 298,00€ erstattet. Ab dem 3. Quartal 2018 belaufen sich die Erstattungskosten auf 248,00€ im Quartal.

Für die SMC-B Smartcard (Praxisausweis) werden 23,25€ je Quartal und je Karte erstattet und für die HBA Smartcard (Arzttausweis) 11,63€ je Quartal und Karte.

Hinweis: Im ersten Quartal der Nutzung werden die laufenden Betriebskosten ab dem Monat, in dem die Praxis an die TI angeschlossen ist, anteilig übernommen.

Weitere Informationen über die technische Ausstattung, die Sie für die Nutzung der TI in Ihrer Praxis benötigen, können Sie den PraxisNachrichten der KBV vom 04.05.2017 entnehmen.

Quelle: PraxisNachrichten vom 04.05.2017

Früherkennung von Bauchaortenaneurysmen

Am 10. Juni 2017 ist die Richtlinie des G-BA über das Ultraschall-screening auf Bauchaortenaneurysmen (US-BAA-RL) in Kraft getreten. Sie dient der Früherkennung von Bauchaortenaneurysmen bei männlichen Versicherten ab dem Alter von 65 Jahren. Soweit möglich soll die Leistung zusammen mit der Gesundheitsuntersuchung gemäß den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien angeboten werden. Die Leistung ist einmal je Versicherten berechnungsfähig. Zur Beratung der Patienten steht eine Versicherteninformation zur Verfügung.



Bevor das Screeningangebot jedoch genutzt werden kann, muss die Vergütung der neuen Leistung festgelegt werden. Hierfür haben die Vertragspartner KBV und GKV-Spitzenverband bis zu sechs Monate Zeit. Sobald uns hierzu nähere Auskünfte vorliegen, werden wir Sie informieren.

Quelle: PraxisNachrichten vom 15.06.2017; G-BA: US-BAA-RL

Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) - Kapitel 37

Hausärzte, die an der „Hausarztzentrierten Versorgung“ teilnehmen und Patienten im Rahmen eines „Pflegeheimvertrages“ betreuen, können die neuen Zuschläge für Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen (Kapitel 37) nicht abrechnen, da diese an die Abrechnung der Versichertenpauschale geknüpft sind und diese wiederum bei HZV-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden kann. Die KV Hamburg befindet sich in Gesprächen mit den Krankenkassen, um eine Abrechnung auch in diesen Fällen zu ermöglichen.

Quelle: Telegramm, Ausgabe 44 (Stand: 08.05.2017)



Neues Formular für die Präventionsempfehlung

Ab dem 1. Juli 2017 steht den Ärzten ein neues Formular zur Verfügung, das es Ihnen ermöglicht eine Präventionsempfehlung für Ihre Patienten auszusprechen. Die Empfehlung orientiert sich hierbei an der Empfehlung zur verhaltensbezogenen Prävention, um die Risikofaktoren für bestimmte Erkrankungen zu senken. Es handelt sich nicht um veranlasste Leistungen, sondern um Empfehlungen. Diese werden von den Krankenkassen bei ihrer Leistungsentscheidung berücksichtigt. Die Empfehlung erfolgt über das Muster 36, welches über die üblichen Bezugswege bestellt werden kann bzw. ab dem 1. Juli 2017 in der Praxissoftware hinterlegt sein wird.

Quelle: PraxisNachrichten vom 15.06.2017

Betreuungsstrukturvertrag BKK Landesverband NORDWEST zum 1. Juli 2017 gekündigt

Zum 30. Juni 2017 hat der BKK-Landesverband NORDWEST den „Betreuungsstrukturvertrag“ gekündigt. Dies hat zur Folge, dass die GOP 90060, 90061 und 90062 für den zusätzlichen Betreuungsaufwand bei medizinisch notwendiger Behandlung mit einer bzw. mehreren Diagnose(n) für Versicherte der BKKen ab dem 3. Quartal 2017 entfallen und dementsprechend nicht mehr vergütet werden.

Quelle: Telegramm, Ausgabe 44 (Stand: 08.05.2017)



Dokumentation des DMP Diabetes

Da die Dokumentationssoftware für die DMP Diabetes 1 und 2 zum 1. Juli 2017 geändert wird, wird den Ärzten empfohlen, die Dokumentation für das Quartal 2/2017 vor dem Software-Update abzuschließen und zu senden. Hintergrund für das Update ist die Aktualisierung des DMP Diabetes Typ 2. Hierzu wird die Abfrage des Fußstatus konkreter gefasst und als neuer Parameter das individuell festgelegte Intervall für die Untersuchung der Füße in die Dokumentation aufgenommen. Demnach sollen bei Diabetikern mit sensibler Neuropathie die Füße mindestens halbjährig untersucht werden. Liegen zusätzliche Risiken vor, wird eine Untersuchung alle drei Monate oder häufiger empfohlen. Bei allen anderen Diabetes-Patienten soll die Untersuchung mindestens jährlich durchgeführt werden. Nähere Informationen zur Dokumentation der Diabetes-Typ 1 bzw. Typ 2-Programme können der Anlage 8 zur DMP-Anforderungen-Richtlinie des G-BA entnommen werden.

Quelle: PraxisNachrichten vom 15.06.2017



Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)

Ab dem 1. Juli 2017 werden die Abrechnungsmodalitäten für Patienten, die im Ausland krankenversichert sind, für Ärzte und Praxen vereinfacht. Hierzu wurde die „Vereinbarung zur Anwendung der Europäischen Krankenversicherungskarte“ (Anlage 20 BMV-Ä) dementsprechend geändert. So entfällt u. a. die Dokumentation des Behandlungsanspruchs (Muster 80). Eine Kopie der EHIC bzw. der provisorischen Ersatzbescheinigung gilt dann als ausreichende Dokumentation. Das Muster 81 wird durch ein neues Patientenformular ersetzt, welches im PVS in 13 Sprachen hinterlegt wird. Des Weiteren entfällt eine doppelte Dokumentation am Quartalsübergang. Auf der Seite der KBV steht Ihnen unter folgendem Link eine Checkliste zur Verfügung.

Quelle: KBV-Honorar, Stand: 16.06.2017



Nachträge zum Quartal 2/2017

Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus

Fachinternisten (fachärztlich tätig)

Zum Quartal 2/2017 gibt es für den zwischen der DAK-Gesundheit und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg geschlossenen Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf der Grundlage des § 140a SGB V einen Nachtrag, der festlegt, dass die im Vertrag genannten Leistungen nicht mehr ausschließlich von den Hausärzten, sondern jetzt auch von den Fachinternisten (fachärztlich tätig) abgerechnet werden dürfen. Ziel des Vertrags ist es eine potentielle Unterversorgung bei der Diagnostik und der frühzeitigen Behandlung von Nervenerkrankungen, Störungen der Harnblasenfunktion, Gefäßerkrankungen, Lebererkrankungen und Nierenkrankheiten bei Versicherten mit Diabetes mellitus zu beheben. Teilnahmeberechtigt sind alle zur vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 SGB V im Bereich der KV Hamburg zugelassenen und berechtigten fachärztlichen Internisten, mit einer Genehmigung zur Teilnahme am DMP Diabetes mellitus. Die Vergütung teilt sich auf fünf Module auf, wobei sich jedes Modul auf eine andere Begleiterkrankung bezieht. Bei Erfüllung der im Vertrag genannten Voraussetzungen können die Sonderabrechnungsnummern 93350 bis 93367 für DAK-Versicherte in Ansatz gebracht werden.

Unabhängig von der Anzahl der unten aufgeführten Versorgungs- und Weiterbetreuungsprogramme ist bei jedem teilnehmenden Patienten zusätzlich ein Basisuntersuchungsprogramm durchzuführen, welches folgende Leistungen beinhaltet:

- Anamnese
- Erhebung des Ganzkörperstatus
- Allgemeine Beratung, einschließlich symptombezogener klinischer Untersuchung

Hierfür werden im vierten Quartal jedes Kalenderjahres jeweils einmalig je teilnehmenden Versicherten 2,50€ vergütet, sofern mindestens eine der unten aufgeführten Leistungen erbracht wurde.

Quelle: Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf der Grundlage des § 140a SGB V mit der DAK-Gesundheit

Versorgungsfeld 1: Neuropathie im Bereich der distalen Extremitäten					
Modul 1	Leistung	GOP	Vergütung	Anmerkungen	ICD 10
	Versorgungsprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund	93350	20,00€	1x im Krankheitsfall (KHF)	E10.-G - E14.-G
	Versorgungsprogramm mit auffälligem Untersuchungsbefund	93351	20,00€	1x im Krankheitsfall. Im selben KHF dürfen die Abrechnungsnummern 93350 und 93351 nicht nebeneinander abgerechnet werden	Nur bei gesicherten Diagnosen G59.0, G63.2 oder G99.0 und zusätzlich E1*.4 und ggf. E1*.7 mit Kreuzkennzeichen.
	Weiterbetreuungsprogramm	93352	20,00€	2x je Kalenderjahr (unterschiedliche Quartale) / im selben Kalenderjahr nur 1x neben der GOP 93351, jedoch nicht im selben Quartal / Nur abrechenbar, wenn in einem vorhergehenden Quartal die GOP 93351 abgerechnet wurde.	Nur bei gesicherten Diagnosen G59.0, G63.2 und/oder G99.0 und zusätzlich E1*.4 und ggf. E1*.7 mit Kreuzkennzeichen.
	Diagnosemittel zur Schweißsekretionsbestimmung	93353	17,00€	1x neben der GOP 93350 oder 93351 abrechenbar	

Versorgungsfeld 2: LUTS (lower urinary tract symptoms) beim Diabetes mellitus					
Modul 2	Leistung	GOP	Vergütung	Anmerkungen	ICD 10
	Versorgungsprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund	93354	20,00 €	1x im Krankheitsfall (KHF)	E10.-G - E14.-G Bisher ohne gesicherte Diagnosen N31.1 o. N31.2
	Versorgungsprogramm mit auffälligem Untersuchungsbefund	93355	20,00 €	1x im Krankheitsfall. Im selben KHF dürfen die Abrechnungsnummern 93354 und 93355 nicht nebeneinander abgerechnet werden	Nur bei gesicherten Diagnosen N31.1 oder N31.2 und zusätzlich E1*.4 und ggf. E1*.7 mit Kreuzkennzeichen.
	Weiterbetreuungsprogramm	93356		2x je Kalenderjahr (unterschiedliche Quartale) / im selben Kalenderjahr nur 1x neben der GOP 93355, jedoch nicht im selben Quartal / Nur abrechenbar, wenn in einem vorhergehenden Quartal die GOP 93355 abgerechnet wurde.	Nur bei gesicherten Diagnosen N31.1 oder N31.2 und zusätzlich E1*.4 und ggf. E1*.7 mit Kreuzkennzeichen.

Versorgungsfeld 3: Angiopathie bei Diabetes mellitus					
Modul 3	Leistung	GOP	Vergütung	Anmerkungen	ICD 10
	Für Versicherte ab Vollendung des 50. Lebensjahr				
	Versorgungsprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund	93357	20,00 €	1x im KHF	E10.-G - E14.-G Bisher ohne gesicherte Diagnosen I70.2-
	Versorgungsprogramm mit auffälligem Untersuchungsbefund	93358	20,00 €	1x im KHF. Im selben KHF dürfen die Abrechnungsnummern 93357 und 93358 nicht nebeneinander abgerechnet werden	Nur bei gesicherten Diagnosen I70.2- und zusätzlich E1*.5 und ggf. E1*.7 mit Kreuzkennzeichen.
Modul 3	Weiterbetreuungsprogramm	93359	20,00 €	2x je Kalenderjahr (unterschiedliche Quartale) / im selben Kalenderjahr nur 1x neben der GOP 93358, jedoch nicht im selben Quartal / Nur abrechenbar, wenn in einem vorhergehenden Quartal die GOP 93358 abgerechnet wurde.	Nur bei gesicherten Diagnosen I70.2- und zusätzlich E1*.5 und ggf. E1*.7 mit Kreuzkennzeichen.

Versorgungsfeld 4: Diabetesleber					
Modul 4	Leistung	GOP	Vergütung	Anmerkungen	ICD 10
	Versorgungsprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund	93360	20,00 €	1x im KHF	E10.-G - E14.-G Bisher ohne gesicherte Diagnose K77.8
	Versorgungsprogramm mit auffälligem Untersuchungsbefund	93361	20,00 €	1x im KHF. Im selben KHF dürfen die Abrechnungsnummern 93360 und 93361 nicht nebeneinander abgerechnet werden	Nur bei gesicherter Diagnose K77.8 und zusätzlich E1*.6 und ggf. E1*.7 mit Kreuzkennzeichen
	Weiterbetreuungsprogramm	93362	20,00 €	2x je Kalenderjahr (unterschiedliche Quartale) / im selben Kalenderjahr nur 1x neben der GOP 93361, jedoch nicht im selben Quartal / Nur abrechenbar, wenn in einem vorhergehenden Quartal die GOP 93361 abgerechnet wurde.	Nur bei gesicherter Diagnose K77.8 und zusätzlich E1*.6 und ggf. E1*.7 mit Kreuzkennzeichen.

Versorgungsfeld 5: Chronische Nierenkrankheit bei Diabetes mellitus					
Modul 5	Leistung	GOP	Vergütung	Anmerkungen	ICD 10
	Versorgungsprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund	93363	20,00€	1x im KHF	E10.-G - E14.-G Bisher ohne gesicherte Diagnose N18, N19, I12.0*, I13.1*, I13.2*, Z49.0-2; Z99.2
	Versorgungsprogramm mit auffälligem Untersuchungsbefund	93364	20,00€	1x im KHF. Im selben KHF dürfen die Abrechnungsnummern 93363 und 93364 nicht nebeneinander abgerechnet werden	Nur bei gesicherten Diagnosen N18.1 - N18.5 und zusätzlich E1*.2 und ggf. E1*.7 mit Kreuzkennzeichen.
	Weiterbetreuungsprogramm	93365	20,00€	2x je Kalenderjahr (unterschiedliche Quartale) / im selben Kalenderjahr nur 1x neben der GOP 93364, jedoch nicht im selben Quartal / Nur abrechenbar, wenn in einem vorhergehenden Quartal die GOP 93364 abgerechnet wurde.	Nur bei gesicherten Diagnosen N18.1 - N18.5 und zusätzlich E1*.2 und ggf. E1*.7 mit Kreuzkennzeichen.
Modul 5	Teststreifen Mikroalbuminurie	93366	2,00€	1x neben der GOP 93363 oder 93364 abrechenbar.	

Keine Obergrenze für Funktionsanalysen von kardiologischen Aggregaten

Ab dem 1. April 2017 entfällt die Obergrenze für Leistungen zur Funktionsanalyse von kardiologischen Aggregaten, sofern bei dem Versicherten gleichzeitig eine Strahlentherapie durchgeführt wird. Zuvor war die Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters, Defibrillators, eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D) und/oder eines Herzschrittmachers auch bei dieser Patientengruppe auf fünfmal im Krankheitsfall beschränkt. Da die Strahlentherapie jedoch zusätzliche Funktionsanalysen erforderlich macht, wurden neue abgeleitete GOP aufgenommen, um diese Fallkonstellationen kenntlich zu machen.

- Bitte kennzeichnen Sie die GOP 04417, 04418, 13552 und 13554 mit dem Buchstaben „J“ in Ihrer Abrechnung (04417J, 04418J, 13552J und 13554J), sofern die Funktionsanalysen bei Patienten durchgeführt werden, bei denen gleichzeitig eine Strahlentherapie erfolgt.
- Wenn Sie als Kinderarzt oder Internist mit mehreren Schwerpunkten die GOP 04417 und 04418 bzw. 13552 und 13554 neben Leistungen aus anderen Abschnitten der schwerpunktorientierten Versorgung abrechnen (Nebeneinanderabrechnung 4.4, 4.5, 13.3 EBM), tragen Sie in Ihrer Abrechnung bitte die Zusatzkennung „K“ ein (04417K, 04418K, 13552K und 13554K).
- Als Begründung ist der ICD-10-Code der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben.



Gesund schwanger: Neue Vertragspartner

Der Vereinbarung nach § 140a SGB V zur Vermeidung von Frühgeburten „Gesund schwanger“ mit dem Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF), dem Berufsverband Deutscher Laborärzte e.V. (BDL), dem Berufsverband der Ärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektions-epidemiologie e.V. (BÄMI), der GWQ ServicePlus AG und der Daimler Betriebskrankenkasse mit der AG Vertragskoordinierung sind die folgenden Krankenkassen zum 1. April 2017 beigetreten sind:

- VIACTIV Krankenkasse
- Südzucker BKK und
- Bahn BKK



Häufig gestellte Fragen zu Neuerungen 2/2017

Stuhltest „iFOBT“ – GOP 01737 und 01738

Kann die GOP 01737 bereits bei Ausgabe des Tests an den Patienten in Ansatz gebracht werden? Denn es besteht die Möglichkeit, dass der Patient den Test nicht zurück in die Praxis bringt.

Für die Abrechnung der GOP 01737 ist im EBM im obligaten Leistungsinhalt beschrieben, dass sowohl die Ausgabe, die Rücknahme als auch die Veranlassung der Untersuchung der Stuhlprobe erfüllt sein müssen, um die Leistung abrechnen zu dürfen.

Welche Altersgruppen haben Anspruch auf Früherkennungsuntersuchungen des kolorektalen Karzinoms mittels des „iFOBT“?

Ab dem Alter von 50 Jahren haben Versicherte bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres Anspruch auf die jährliche Durchführung des Tests auf occultes Blut im Stuhl. Danach haben Versicherte ab dem Alter von 55 Jahren, bei denen keine Koloskopie oder keine zweite Koloskopie nach Ablauf von zehn Jahren nach der ersten Koloskopie durchgeführt worden ist, Anspruch auf die zweijährliche Durchführung des „iFOBT“.

Kann der Stuhltest in einer Akutsituation auch in der Praxis ausgewertet und nach der GOP 01738 in präventiven Fällen abgerechnet werden?

In Abschnitt 1.7 Absatz 5 EBM ist geregelt, dass für die Abrechnung der GOP 01738 eine Genehmigung der KV nach der Vereinbarung zu den Laboratoriumsuntersuchungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V erforderlich ist. Die Auswertung des Tests ist somit nur im medizinischen Laboratorium möglich.

Weitere Informationen zu den Früherkennungsuntersuchungen können Sie der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (KFE-RL) entnehmen.

Glukose-Messung mit Real-Time-Messgeräten-GOP 03355, 13360 und 04590

Können die GOP 03355, 13360 und 04590 bei einem Patienten drei Mal am Tag abgerechnet werden, wenn die Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (rtCGM) 30 Minuten dauert.

Ja, das ist möglich, denn die Leistung kann einmal je vollendete 10 Minuten in Ansatz gebracht werden. Hierbei ist zu beachten, dass die GOP 03355, 13360 und 04590 höchstens 10 Mal im Krankheitsfall abgerechnet werden dürfen.

Können die GOP 03355, 13360 und 04590 bei Patienten, die ein rtCGM tragen, nur in den ersten vier Quartalen abgerechnet werden?

Nein, denn im EBM ist in der jeweiligen Leistung festgelegt, dass die GOP 03355, 13360 und 04590 höchstens 10-mal im Krankheitsfall (KHF) berechnungsfähig sind. Laut §21 des Bundesmantelvertrags der Ärzte umfasst ein KHF das aktuelle sowie die nachfolgenden drei Kalendervierteljahre, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen Leistungsposition folgen. Das bedeutet also, dass die Leistungen im Anschluss an den Krankheitsfall wieder berechnungsfähig sind.

Psychotherapierichtlinie

Wann muss ich die Abrechnungszusatzzeichen „L“, „S“, „R“, „U“ und „B“ setzen?

Zusatzzeichen im Rahmen der Übergangsregelungen:

Der Zusatz „L“: Haben Sie vor dem 01.04.2017 nach der alten Psychotherapie-Richtlinie Probatorische Sitzungen oder Kurzzeittherapien begonnen, können Sie diese nach dem alten Schema auch über den 01.04.2017 hinaus beenden. Die 5. probatorische Sitzung (bzw. 5. bis 8. Sitzung bei analytischer Psychotherapie) nach der GOP 35150 EBM muss mit dem Zusatz „L“ gekennzeichnet werden. Bei der Kurzzeittherapie muss die 25. Therapieeinheit ebenfalls mit einem „L“ gekennzeichnet werden.

Der Zusatz „S“: Hier gilt das Gleiche wie bei dem Zusatz „L“. Allerdings handelt es sich hier um Probatorische Sitzungen oder Kurzzeittherapien, die Sie mit einer Bezugsperson durchgeführt haben.

Dauerhafte Zusatzzeichen:

Der Zusatz „R“: Erbringen Sie nach der neuen Richtlinie Therapieeinheiten im Rahmen der Rezidivprophylaxe, wird hinter der Gebührenordnungsposition für die Psychotherapie der Zusatz „R“ hinzugefügt. Der Zusatz „U“: Erbringen Sie eine Therapieeinheit im Rahmen der Rezidivprophylaxe mit einer Bezugsperson, wird die Gebührenordnungsposition mit einem „U“ gekennzeichnet.

Der Zusatz „B“: Alle weiteren Psychotherapieeinheiten, die nicht im Rahmen der Rezidivprophylaxe mit einer Bezugsperson nach der neuen Richtlinie stattfinden, werden mit einem „B“ gekennzeichnet.

Kann die GOP 35151 EBM (Psychotherapeutische Sprechstunde) oder GOP 35152 EBM (Akutbehandlung) in einem Behandlungsfall zusammen mit der GOP 23220 EBM (Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung) abgerechnet werden?

Ja. Im EBM ist für die oben angeführten GOP nur ein Ausschluss in derselben Sitzung definiert.

Sind die Sprechstunde (GOP 35151 EBM) und die Akutbehandlung (GOP 35152 EBM) neben der Grund- bzw. Versichertenpauschale abrechenbar?

Ja. Die Sprechstunde und die Akutbehandlung sind neben der Grund- bzw. Versichertenpauschale abrechenbar.

Impressum

KVH Abrechnungs-Newsletter

Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

Namentlich gezeichnete Artikel geben die Meinung des Autors und nicht unbedingt die des Herausgebers wieder.

VISDP: Walter Plassmann

Redaktion: Abrechnungsabteilungen: J. Hartmann, J. Gräpel, J. Hoffmann

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

Layout und Satz: Melanie Vollmert; Bilder: © Melanie Vollmert, aliena Design, fotolia.com: seen0001

Ausgabe 2/2017 (Juni 2017)

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