

Aktuelle Informationen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Ausgabe vom 13.10.2020 für das Quartal 3/2020

Fachgruppenübergreifend

- Vergütung endoskopischer Einmalprodukte
- Neuregelung der Versandkostenpauschalen
- Neue Leistungen zur Nierenersatztherapie (Kinderärzte und Nephrologen)
- Hinweise zur Neupatientenregelung
- Kosten für Programmier- und Auslesegeräte kardialer Implantate: Neue Zuschläge (Schwerpunkt Kardiologie)

Frauenärzte

- Hinweise zum Schwangerschaftsabbruch
- Neues Vergütungsmodell für Chlamydien screening

Psychotherapeuten

- Neues Richtlinienverfahren: Systemische Therapie seit 1. Juli 2020
- Psychotherapeutische Akutbehandlung: Mehr Stunden für Therapie mit Bezugspersonen
- Nur noch neue Formulare nutzen
- Therapieende in der Abrechnung kennzeichnen
- Mehr psychodiagnostische Testverfahren
- Ergänzung: Zuschläge zur Kurzzeittherapie

Fachgruppenübergreifend

Vergütung endoskopischer Einmalprodukte

Nachdem die Hersteller und Vertrieber von wiederverwendbaren endoskopischen Zusatzinstrumenten der Gruppe „kritisch B“ Ende 2019 bekannt gegeben hatten, dass sie einige bisher in wiederverwendbarer Form zur Verfügung stehende Endoskopieinstrumente spätestens zum 31. März 2020 auf

Einwegprodukte umstellen werden, wurde nun auf Bundesebene eine Lösung zur Abbildung der Kostenpauschalen gefunden.

Die Übergangsregelung, die auf Landesebene für das Quartal 2/2020 getroffen wurde und über welche die betroffenen Ärzte mit einem

Schreiben vom 15.06.2020 informiert wurden, wird somit zum 01.07.2020 von der bundeseinheitlichen Regelung abgelöst.

Hierzu wird ein neuer Abschnitt mit Kostenpauschalen für endoskopische Zusatzinstrumente als Einmalprodukte in den EBM aufgenommen.

Kostenpauschale	Bezeichnung	Bewertung in €	Zugehörige EBM-Leistung
40460	Kostenpauschale bei Verwendung einer Einmal-Hochfrequenzdiathermieschlinge	12,00	<ul style="list-style-type: none"> • 01742: Zuschlag zur GOP 01741 für Abtragung von Polypen, • 04515: Zuschlag zu den GOP 04511, 04513 und 04514, • 04520: Zusätzliche Lstg. im Zshg. mit den GOP 04514/04518, • 08334: Zuschlag für die Polypenentfernung, • 13260: Zuschlag zur GOP 13257 für Polypenentfernung(en), • 13401: Zusätzliche Lstg. im Zshg. mit der GOP 13400, • 13402: Polypektomie(n) im Zshg. mit der GOP 13400, • 13423: Zusätzliche Lstg. im Zshg. mit den GOP 13421/13422 • 30601: Zuschlag für die Polypenentfernung.
40461	Kostenpauschale bei Verwendung einer Einmal-Probenentnahmezange	8,00	<ul style="list-style-type: none"> • 01741: Totale Früherkennungskoloskopie, • 04511: Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie, • 04514: Zusatzpauschale Koloskopie, • 08311: Urethro(-zysto)skopie, • 09315: Bronchoskopie, • 09317: Ösophagoskopie, • 13400: Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie, • 13421: Zusatzpauschale Koloskopie, • 13422: Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie, • 13430: Zusatzpauschale biliopankreatische Diagnostik, • 13662: Bronchoskopie, • 26310: Urethro(-zysto)skopie des Mannes oder gemäß den Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen 4.2.1

			<ul style="list-style-type: none"> • 26311: Urethro(-zysto)skopie.
40462	Kostenpauschale bei Verwendung eines Clips inkl. Einmal-Endo-/Hämo-Clipapplikator, je Clip.	20,80	<ul style="list-style-type: none"> • 01742: Zuschlag zu Nr. 01741 für Abtragung von Polypen, • 04511: Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie, • 13400: Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie • 13423: Zusätzliche Lstg. im Zshg. mit den GOP 13421/13422.

Die Bewertungen der ärztlichen Leistungen werden entsprechend der bisher in den

Gebührenordnungspositionen enthaltenen Kosten für mehrfach verwendbare Instrumen-

te sowie die Aufbereitungskosten abgesenkt.

GOP des EBM	Bewertung bis 30.06.2020	Bewertung ab 01.07.2020
01741	1.772	1.765
01742	286	259
04511	900	878
04514	1.608	1.600
04515	540	518
04520	260	233
08311	284	281
08334	62	54
09315	1.161	1.142
09317	340	329
13260	62	54

GOP des EBM	Bewertung bis 30.06.2020	Bewertung ab 01.07.2020
13400	900	878
13401	468	465
13402	292	265
13421	1.608	1.600
13422	990	982
13423	260	233
13430	1.675	1.674
13662	1.161	1.142
26310	750	747
26311	284	281
30601	62	54

Die GOP 40460, 40461 und 40462 werden **innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung** bezahlt.

Ausnahme: Die Vergütung der Leistungen nach den GOP 40460, 40461 und

40462 erfolgt **extrabudgetär**, wenn die **GOP im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen nach den GOP 01741 oder 01742** abgerechnet werden.

Belege für die aufgeführten Kostenpauschalen müssen entsprechend nicht länger mit der Abrechnung bei der KV eingereicht werden.

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 507. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Neuregelung der Versandkostenpauschalen

Aufgrund gesetzlicher Vorgaben wird die Erstattung von Versandkosten zum 01.07.20 neu geregelt. Elektronische Arztbriefe werden dann stärker gefördert. Zusätzlich zur Vergütung für den Versand (GOP 86900 / 28 Cent) und Empfang (GOP 86901 / 27 Cent) wird dann eine Strukturförderpauschale in Höhe von **11 Cent (GOP 01660 EBM)** je **eArztbrief extra-budgetär** vergütet.

Für die Pauschalen 86900 und 86901 gilt ein gemeinsamer Höchstwert in Höhe von 23,40 € je Quartal und Arzt. Das heißt: Mehr Geld

bekommt der Arzt oder Psychotherapeut nicht erstattet, auch wenn er mehr eArztbriefe versandt und/oder empfangen hat. Für die GOP 01660 gibt es keinen Höchstwert.

Für den **Versand von Arztbriefen und anderen Unterlagen per Post** gibt es ab Juli eine neue Porto-Kostenpauschale. Es handelt sich hierbei um die **Pauschale 40110**, welche mit **81 Cent** bewertet ist. Die bisherigen Kostenpauschalen 40120 bis 40126 für das Porto sowie die Kostenpauschale 40144 für

Kopien werden in diesem Zusammenhang gestrichen. Ebenfalls neu ab dem 1. Juli ist die **Fax-Kostenpauschale 40111** im EBM. Bis zum 30.06.21 beträgt die Bewertung **10 Cent**. Danach erfolgt eine Abwertung auf 5 Cent je Fax.

Beide Kostenpauschalen – die 40110 für das Briefporto und die 40111 für das Fax – unterliegen einem gemeinsamen arztgruppenspezifischen Höchstwert je Arzt beziehungsweise Psychotherapeut, welcher der nachfolgenden Tabelle entnommen werden kann.

EBM-Kapitel	Arztgruppe	Höchstwert in €
1.3	Ärzte, Institute und Krankenhäuser, die zur Erbringung von Leistungen ermächtigt sind	34,83
3	Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten und praktische Ärzte	38,88
4	Kinder- und Jugendmedizin	38,88
5	Anästhesiologie	29,97
6	Augenheilkunde	42,12
7	Chirurgie	115,02
8	Gynäkologie	45,36
9	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	68,85
10	Dermatologie	53,46

EBM-Kapitel	Arztgruppe	Höchstwert in €
11	Humangenetik	93,96
13.2	Innere Medizin, fachärztliche Internisten ohne SP	198,45
13.3.1	Innere Medizin, SP Angiologie	239,76
13.3.2	Innere Medizin, SP Endokrinologie	294,03
13.3.3	Innere Medizin, SP Gastroenterologie	264,06
13.3.4	Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie	278,64
13.3.5	Innere Medizin, SP Kardiologie	309,42
13.3.6	Innere Medizin, SP Nephrologie	126,36

EBM-Kapitel	Arztgruppe	Höchstwert in €
13.3.7	Innere Medizin, SP Pneumologie	367,74
13.3.8	Innere Medizin, SP Rheumatologie	317,52
14	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	22,68
15	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	23,49
16	Neurologie, Neurochirurgie	149,04
17	Nuklearmedizin	405,81
18	Orthopädie	150,66
20	Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	108,54

EBM-Kapitel	Arztgruppe	Höchstwert in €
21	Psychiatrie	51,84
21	Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie	141,75
22	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	5,67
23	Psychotherapie	6,48
24	Radiologie	445,50
25	Strahlentherapie	133,65
26	Urologie	140,94
27	Physikalische und Rehabilitative Medizin	73,71

In seiner 513. Sitzung hat der Bewertungsausschuss entschieden, dass die Höchstwertregelung bis zum 30.09.2021 ausgesetzt wird. Grund für die Aussetzung ist, dass die nötige Technik für

den elektronischen Versand und Empfang der Briefe noch nicht flächendeckend zur Verfügung steht. Zudem wurde mit dem Beschluss geregelt, dass die GOP 40110 und 40111 für Arztgruppen gem.

Präambel 12.1 Nr. 1 nicht berechnungsfähig sind.

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 481. Und 513. Sitzung

Neue Leistungen zur Nierenersatztherapie (Kinderärzte und Nephrologen)

Durch die Aufnahme des Verfahrens Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET) in die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) hat sich der Dokumentationsaufwand erhöht. Aus diesem Grund

hat der Bewertungsausschuss beschlossen, zum 1. Juli neue Leistungen zur Abbildung des Aufwands in den EBM aufzunehmen. Fachinternisten mit Schwerpunkt Nephrologie können zukünftig die **GOP 13603 EBM** als Zuschlag zur GOP 13602 (Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines dialyse-

pflichtigen Patienten) in Ansatz bringen.

Auch für Kinderärzte mit Schwerpunkt Nephrologie wird zum 01.07.2020 eine neue Leistung als Zuschlag zur GOP 04562 in den EBM aufgenommen. Es handelt sich hierbei um die **GOP 04567 EBM**.

Obligater Leistungsinhalt der beiden GOP ist die Dokumentation gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL), Verfahren 4, Anlage II Buchstabe a.

Die Leistungen sind mit **120 Punkten (13,37 €)** bewertet und können einmal im Behandlungsfall in Ansatz gebracht werden.

Der Bewertungsausschuss wird zum 30.06.2021 prüfen,

ob eine Verlängerung bzw. Anpassung der Regelung erforderlich ist.

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 501. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Hinweise zur Neupatientenregelung

An dieser Stelle möchten wir bezüglich der Kennzeichnung von Neupatienten darauf hinweisen, dass im Zuge der sachlich-rechnerischen Richtigstellung überprüft wird, ob es sich bei einem in der Praxis behandelten Versicherten um einen Neupatienten handelt.

Ist dies der Fall und gehört der Leistungserbringer einer TSVG-Arztgruppe an, so wird der Patient in der Abrechnung als neu gekennzeichnet, sofern dies nicht bereits durch

die Praxis erfolgte. Die für den Patienten erbrachten Leistungen werden dann entsprechend im Arztgruppenfall extrabudgetär vergütet.

Auch die gegenteilige Prüfung erfolgt im Zuge der sachlich-rechnerischen Richtigstellung. D. h., dass die von der Praxis gesetzte Kennzeichnung als „Neupatient“ gelöscht wird, sofern im Zuge der Abrechnungsprüfung festgestellt werden kann, dass der Patient bereits in einem der vorherigen acht

Quartale in der Praxis behandelt wurde. Ziel ist es Beanstandungen durch die Krankenkassen und daraus resultierende nachträgliche rechnerische Berichtigungen zu vermeiden.

Diese Kriterien können dafür ursächlich sein, dass die im Honorarbescheid ausgewiesene Anzahl an Neupatienten (GOP 88210E) nicht mit den Angaben im Praxisverwaltungssystem übereinstimmt.

Kosten für Programmier- und Auslesegeräte kardialer Implantate: Neue Zuschläge

Seit dem 1. Juli 2020 werden die Kosten für Programmier- und Auslesegeräte kardialer Implantate im EBM abgebildet. Seit der Einführung des

Antikorruptionsgesetzes stellen die Hersteller den Vertragsärzten keine kostenfreien Geräte mehr zur Verfüg-

ung. Dies führte zu teils hohen Mietgebühren.

Zur Erstattung der Kosten hat der Bewertungsausschuss

neue Zuschläge nach den GOP 04417 und 13577 in den EBM aufgenommen.

Kinder- und Jugendärzte mit dem Schwerpunkt Kinder-Kardiologie rechnen den **Zuschlag 04417** zu jeder Leistung nach den GOP 04411, 04413 und 13575 EBM ab.

Internisten mit dem Schwerpunkt Kardiologie sowie Vertragsärzte mit einer entsprechenden Genehmigung rechnen den **Zuschlag 13577** zu jeder Leistung nach den GOP 13571, 13573 und 13575 ab.

Beide Zuschläge sind mit 40 Punkten (4,46 €) bewertet und werden innerhalb der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt.

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 499. Sitzung

Frauenärzte

Hinweise zum Schwangerschaftsabbruch

Anders als im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 455. Sitzung festgelegt, wird es keinen Abrechnungsausschluss der GOP 01901 (Untersuchung vor Abortio) und 01904 (Abortio, medizinische oder kriminologische Indikation, operativ) geben.

Darauf haben sich KBV und GKV-Spitzenverband in der 499. Sitzung des Bewertungsausschusses mit Wirkung zum 01.04.2020 geeinigt.

Dadurch soll ermöglicht werden, dass eine Praxis in einem Quartal vor einem operativen Schwangerschaftsabbruch

unter medizinischer oder kriminologischer Indikation (nach der GOP 01904) auch eine klinische Untersuchung durchführen kann, die den primären Leistungsinhalt der GOP 01901 darstellt.

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 506. Sitzung

Neues Vergütungsmodell für Chlamydien-Screening

Aufgrund der niedrigen Chlamydien-Screening-Rate in Deutschland wurde zur Förderung eine neue Vergütungsregelung im Rahmen der EBM-Weiterentwicklung vereinbart.

Seit dem 01.04.2020 können Ärzte deshalb die GOP 01823 für die Chlamydien-Screening-Beratung (**50 Pkt. / 5,57 €**) einmal im Krankheitsfall als Zuschlag zu den GOP 01821 und 01822 in Ansatz bringen.

Inhalt der Leistung ist die Aufklärung über Sinn, Zweck und Ziel einer Untersuchung auf Chlamydien sowie die Aushändigung einer Patienteninformation des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Zusätzlich kann seit dem 01.04.2020 einmal im Krankheitsfall die GOP 01824 bei jeder Veranlassung des Labortests abgerechnet werden, unabhängig davon, ob die Untersuchung auf Chlamydia trachomatis bei einem Labor veranlasst oder im eigenen Labor durchgeführt wird. Ob die GOP 01824 vergütet wird, ist von der Durchführungsquote der Praxis abhängig.

Die Quote wird je Praxis und Quartal ermittelt. Dabei berechnet die Kassenärztliche Vereinigung den Anteil der Veranlassung der Untersuchung im Verhältnis zur Anzahl an Chlamydien-screening-Beratungen.

Wird die Quote in der Praxis erreicht, so beträgt die Bewertung auch hier **5,57 € je GOP** (50 Punkte).

Wird die Quote hingegen nicht erreicht, wird die GOP 01824 nicht vergütet. Aktuell beträgt die **Quote 30 Prozent** und steigt in 2021 auf 40 und in 2022 auf 50 Prozent.

Am Labortest auf Chlamydien ändert sich nichts. Um die Erreger nachweisen zu können, wird weiterhin eine Morgenurinprobe der Patientin untersucht, hierfür kann die GOP 01840 berechnet werden.

Klarstellung zur GOP 01822
Mit der EBM-Weiterentwicklung wurde außerdem klarge-

stellt, dass eine Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung nicht bei jeder Beratung und allenfalls alle sechs Monate erforderlich ist (gemäß der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch).

Bei einer Beratung ohne Untersuchung ist die GOP 01821 anzugeben, bei einer Beratung mit Untersuchung die GOP 01822. Die GOP 01822 darf nunmehr höchstens zweimal im Krankheitsfall abgerechnet werden. Der Krankheitsfall umfasst das aktuelle sowie die drei folgenden Quartale.

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 455. Sitzung

Psychotherapeuten

Neues Richtlinienverfahren: Systemische Therapie seit 1. Juli 2020

Zum 1. Juli 2020 ist die Systemische Therapie als viertes Richtlinien-Verfahren in den EBM aufgenommen worden. Neue Leistungen sind in das Kapitel 35 EBM aufgenom-

men worden und in Form von Einzel-, sowie Gruppentherapie erbringbar und abrechnungsfähig.

Alle neuen GOP sowie Anmerkungen zu den Abrech-

nungsbestimmungen und deren Vergütung haben wir Ihnen in der folgenden Tabelle zusammengefasst.

Einzeltherapie			
GOP / Zuschlag	Leistungsbeschreibung	Abrechnungsbestimmung	Bewertung* Euro-Betrag gemäß Hamburger Punktwert 2020
35431 / 35591	Systemische Therapie (Kurzeittherapie 1)	<ul style="list-style-type: none"> • Höchstens 12 Sitzungen • je vollendete 50 Minuten (Doppelsitzung möglich) • Im Mehrpersonensetting berechnungsfähig 	922 Punkte; 102,74 €
35432 / 35591	Systemische Therapie (Kurzeittherapie 2)	<ul style="list-style-type: none"> • Höchstens 12 Sitzungen • je vollendete 50 Minuten (Doppelsitzung möglich) • Im Mehrpersonensetting berechnungsfähig 	
35435	Systemische Therapie (Langzeittherapie)	<ul style="list-style-type: none"> • je vollendete 50 Minuten (Doppelsitzung möglich) • Im Mehrpersonensetting berechnungsfähig 	

Gruppentherapie				
GOP (KZT) / Zuschlag	GOP (LZT)	Anzahl Teilnehmer	Abrechnungsbestimmungen	Bewertung* Euro-Betrag gemäß Hamburger Punktwert 2020
35703 / 35593	35713	3	• Gruppenbehandlung	916 Punkte; 102,07 €
35704 / 35594	35714	4	• Dauer mindestens 100 Minuten	772 Punkte; 86,02 €
35705 / 35595	35715	5	• Höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag	686 Punkte; 76,44 €
35706 / 35596	35716	6	• je Teilnehmer	628 Punkte; 69,98 €
35707 / 35597	35717	7	• Im Mehrpersonensetting berechnungsfähig	586 Punkte; 65,30 €
35708 / 35598	35718	8		556 Punkte; 61,95 €
35709 / 35599	35719	9		532 Punkte; 59,28 €

Abgeleitete GOP (Suffix-Liste) der neuen „Systemische Therapie“-Leistungen			
Suffix	GOP	Suffixbeschreibung	Anmerkung
B	Alle Leistungen der Einzel- und Gruppentherapie	Kennzeichnung von Psychotherapie-Leistungen, die gemäß § 11 Abs. 10 und § 18 Abs. 4 Anlage 1 BMV-Ä unter Einbeziehung einer Bezugsperson erfolgen	
H	Alle Leistungen der Gruppentherapie	Kennzeichnung einer Therapie mit Sitzungsdauer von mind. 50 Minuten	50% Abschlag auf Punktzahl
R	Einzel- und Gruppentherapie (LZT)	Kennzeichnung von Psychotherapie-Leistungen im Rahmen der Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe	
U	Einzel- und Gruppentherapie (LZT)	Kennzeichnung von Psychotherapie-Leistungen, die gemäß § 11 Abs. 10 Anlage 1 BMV-Ä unter Einbeziehung einer Bezugsperson erfolgen, im Rahmen der Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe	
V	Alle Leistungen der Einzeltherapie	Kennzeichnung von (Gesprächs-)Leistungen, die im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä durchgeführt werden	
W	Alle Leistungen der Einzeltherapie	Kennzeichnung von Psychotherapie-Leistungen, die gemäß § 11 Abs. 10 und § 18 Abs. 4 Anlage 1 BMV-Ä unter Einbeziehung einer Bezugsperson erfolgen und im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä durchgeführt werden	
X	Gruppentherapie (LZT)	Kennzeichnung einer Therapie mit Sitzungsdauer von mind. 50 Minuten im Rahmen der Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe	50% Abschlag auf Punktzahl
Y	Einzel- und Gruppentherapie (LZT)	Kennzeichnung von Psychotherapie-Leistungen im Rahmen der Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe, die im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä durchgeführt werden	
Z	Einzel- und Gruppentherapie (LZT)	Kennzeichnung von PT-Leistungen, die gem. § 11 Abs. 10 Anlage 1 BMV-Ä unter Einbeziehung einer Bezugsperson erfolgen, im Rahmen der Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe, die im Rahmen einer Videosprechstunde gem. Anlage 31b BMV-Ä durchgeführt werden	

Mehrpersonensetting

Auch die Probatorische Sitzung (GOP 35150 EBM) sowie die Akutbehandlung (GOP 35152 EBM) sind in der Systemischen Therapie auch bei Durchführung der Leistung im Mehrpersonensetting berechnungsfähig. – Für die Akutbehandlung ist eine Mindestdauer von 50 Minuten Voraussetzung zur Berechnungsfähigkeit.

Halbe Sitzungsdauer

Bei Bedarf kann die Systemische Therapie auch mit halber Sitzungsdauer durchgeführt werden.

Die Einzeltherapien können in 2 Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer unterteilt werden. – In diesem

Fall ist jedoch die Durchführung im Mehrpersonensetting nicht möglich.

Die Gruppentherapien sind auch bei einer Sitzungsdauer von weniger als 100 Minuten aber mindestens 50 Minuten berechnungsfähig. In diesen Fällen ist die jeweilige GOP mit dem **Suffix „H“ (Abrechnungsbeispiel: 35703H)** zu kennzeichnen.

Die Leistungserbringung der Gruppentherapie im Mehrpersonensetting ist auch bei hälftiger Sitzungsdauer erbringbar.

Zuschläge Kurzzeittherapie und Strukturzuschläge

Die zum 01. April 2020 eingeführten Zuschläge für die ersten 10 Sitzungen einer Kurzzeittherapie sind auch im Rahmen der Systemischen Therapie berechnungsfähig. Die jeweilige Zuschlagsleistung können Sie ebenfalls den obenstehenden Tabellen entnehmen.

Auch die Strukturzuschläge sind im Rahmen der Systemischen Therapie berechnungsfähig. Diese werden von der KV Hamburg automatisch zugesetzt. Hier brauchen Sie nicht tätig werden.

Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 66. Sitzung.

Akutbehandlung: Mehr Stunden für Therapie mit Bezugsperson

Seit dem 1. Juli 2020 stehen mehr Stunden zur Akutbehandlung (GOP 35152 EBM) zur Verfügung, wenn Bezugspersonen einbezogen werden. Dies gilt für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen sowie von Menschen mit geistiger Behinderung.

Der Therapieumfang wurde für die Hinzuziehung von Bezugspersonen von 24 auf 30 **um sechs zusätzliche Einheiten (jeweils 25 Minuten) erhöht.**

Dieses Zusatzkontingent ist für Patienten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr und bei Patienten mit vorliegender

Intelligenzstörung (ICD-10-GM F70-F79) berechnungsfähig.

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 497. Sitzung

Nur noch neue Formulare nutzen

Alle Formblätter wurden überarbeitet und insbesondere für die Systemische Therapie angepasst. Seit dem 01. Juli 2020 dürfen nur noch die neuen Formblätter verwendet werden. Alte Formulare, Umschläge oder Leitfä-

den können nicht aufgebraucht werden.

Das Formblatt PTV 12 wird nur noch für die Anzeige einer Akutbehandlung verwendet.

Eine Ausfüllhilfe sowie weiterführende Informationen erhalten Sie über den folgenden Link auf den Seiten der KBV.

Link:

<https://www.kbv.de/html/27068.php>

Therapieende in der Abrechnung kennzeichnen

Seit dem 01. Juli 2020 muss in der Abrechnung gekennzeichnet werden, wenn eine Richtlinien-therapie beendet wurde. Dafür gibt es zwei Zusatzziffern:

Ziffer 88130

Für die Beendigung einer Psychotherapie ohne anschließende Rezidivprophylaxe.

Ziffer 88131

Für die Beendigung mit anschließender Rezidivprophylaxe.

Psychotherapie-Vereinbarung

Mehr psychodynamische Testverfahren

Eine weitere Neuerung seit dem 01. Juli betrifft die Testverfahren nach den GOP 35600 bis 35602 EBM. Aufgrund der Änderungen in der Psychotherapie-Vereinbarung

können sie in der Langzeittherapie in allen Psychotherapieverfahren häufiger abgerechnet werden: statt bisher fünfmal im Therapieverlauf, sind sie dann insgesamt bis

zu siebenmal im Therapieverlauf berechnungsfähig.

Psychotherapie-Vereinbarung

Ergänzung: Zuschläge zur Kurzzeittherapie

Aufgrund gehäufter Nachfragen zur quartalsübergreifenden Abrechnungsfähigkeit von den seit dem 01. April 2020 abrechenbaren Zuschlägen von Kurzzeitthera-

pieleistungen (GOP 35591 bis 35599 EBM) möchten wir Ihnen folgende Ergänzung nachreichen.

Gemäß Präambel Kapitel 35.2.3.2 EBM sind die Zu-

schläge nur für die ersten 10 Sitzungen einer Kurzzeittherapie berechnungsfähig. - Bereits durchgeführte Leistungen einer im Vorquartal begonnenen Psychotherapie

werden als erste Sitzungen mitgezählt, diese sind jedoch nicht zuschlagsberechtigt.

Ein Beispiel: Die Kurzzeittherapie ist bereits im Februar 2020 gestartet und bis zum

Quartalsende wurden 5 Kurzzeittherapieleistungen abgerechnet. – Für diese Leistungen können Sie sich den Zuschlag nicht nachträglich abrechnen.

Mit dem Beginn des neuen Quartals ab April 2020 können Sie den Zuschlag nur noch für die verbleibenden fünf Sitzungen abrechnen.