

Themen:

- Vorsorge für Mütter und Väter: Neues Formular und Vergütung (fachgruppenübergreifend)
- Hyperbare Sauerstofftherapie beim diabetischen Fußsyndrom (Fachinternisten, fachärztlich tätig)
- Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve (Fachinternisten, fachärztlich tätig)
- QS-Vereinbarung zur Kontrolle von kardialen Rhythmusimplantaten (Fachinternisten, fachärztlich tätig)
- Erweiterte Gewebeuntersuchung im Mammographie-Screening (Pathologen)
- Thulium-Laserenukleation und photoselektive Vaporisation (Urologen)
- Ergänzende Informationen zum „Arztruf Hamburg“
- Nachträge zum Quartal 3/2018
 - o Früherkennung der Tyrosinämie Typ I im Neugeborenen-Screening (Laborärzte)
 - o Klarstellung zur Procalcitonin-Bestimmung vor Antibiotikagabe (fachgruppenübergreifend)

Vorsorge für Mütter und Väter: Neues Formular und Vergütung (fachgruppenübergreifend)

Die Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter wird zum Quartal 4/2018 bundesweit vereinheitlicht. Hierzu wird das Formular 64 „Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter“ neu eingeführt. Dieses kann ab dem 1. Oktober per Praxisverwaltungssoftware oder per Blankoformularbedruckung ausgestellt werden. Auch die Vergütung wurde im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) geregelt. So kann für die Ausstellung des Formulars zukünftig die Gebührenordnungsposition (GOP) 01624 abgerechnet werden. Die Bewertung der Leistung beträgt 22,80€ (210 Punkte) und erfolgt innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV). In diesem Zuge wird für mitzubehandelnde Kinder das Formular 65 „Ärztliches Attest Kind“ eingeführt. Es kann auch dann verwendet werden, wenn Müttern und Vätern eine medizinische Rehabilitation verordnet wird. Für das Ausstellen des Formulars 65 ist die bereits vorhandene GOP 01622 berechnungsfähig. Sie wird mit 9,01€ (83 Punkten) innerhalb der MGV vergütet. Die Verordnung ist durch Vertragsärzte möglich, Vertragspsychotherapeuten dürfen Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter nicht verordnen.



Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 417. Sitzung

Hyperbare Sauerstofftherapie beim diabetischen Fußsyndrom (Fachinternisten, fachärztlich tätig)

Zukünftig können Patienten mit einem schweren diabetischen Fußsyndrom auch ambulant mit der hyperbaren Sauerstofftherapie behandelt werden. Hierzu wird zum Quartal 4/2018 der Abschnitt 30.2 EBM neu gefasst. Ergänzend zur Chirotherapie wird der Abschnitt 30.2.2 EBM für die Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom aufgenommen. Für die Vergütung der Sauerstofftherapie stehen dann fünf neue GOPen zur Verfügung:

GOP	Beschreibung	Bewertung
30210	Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz zur Indikationsüberprüfung eines Patienten mit diabetischem Fußsyndrom	6,95€ (64 Pkt.)
30212	Indikationsüberprüfung eines Patienten mit diabetischem Fußsyndrom vor Überweisung an ein Druckkammerzentrum	37,24€ (343 Pkt.)
30214	Betreuung eines Patienten zwischen den Druckkammerbehandlungen	15,20€ (140 Pkt.)
30216	Untersuchung auf Eignung und Feststellung der Druckkammertauglichkeit vor der ersten Druckkammersitzung für die hyperbare Sauerstofftherapie	35,07€ (323 Pkt.)
30218	Hyperbare Sauerstofftherapie	127,37€ (1.173 Pkt.)

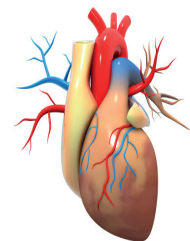
Die Vergütung der GOPen 30210, 30212, 30216 und 30218 erfolgt außerhalb und die der GOP 30214 innerhalb der MGV. Die GOPen 30216 und 30218 können nur von einem Arzt berechnet werden, der von der KV eine Genehmigung zur Durchführung der hyperbaren Sauerstofftherapie besitzt. Die Genehmigung wird erteilt, wenn die Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Hyperbare Sauerstofftherapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V (bis zum Inkrafttreten der Qualitätssicherungsvereinbarung Hyperbare Sauerstofftherapie gilt: „wenn die Anforderungen des Anhangs zum Abschnitt 30.2.2“) erfüllt sind. Weitere Abrechnungsvoraussetzungen können dem unten genannten Beschluss des Bewertungsausschusses entnommen werden.

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 426. Sitzung

Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve (Fachinternisten, fachärztlich tätig)

Zum Quartal 4/2018 wird die Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve (FFR) als neue Leistung in den EBM aufgenommen. Sie erlaubt dem Arzt eine Aussage über die Relevanz einer Stenose und kann damit wesentlich zur Entscheidung für oder gegen eine revaskularisierende Therapie im betroffenen Gefäß beitragen. Die Leistung darf zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt werden, wenn die Indikation für eine Koronarintervention aufgrund des Befundes der Koronarangiographie nicht eindeutig ist. Im Rahmen derselben Herzkatheteruntersuchung kann sie dann sowohl als klassische FFR-Messung mit medikamentöser Vasodilatation erfolgen als auch ohne („instantaneous wave-free ratio“, iFR). Für die Vergütung der Messung wird die GOP 34298 in den Abschnitt 34.2.9 EBM aufgenommen. Es handelt sich hierbei um einen Zuschlag zur GOP 34291 (Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie). Die Bewertung der Leistung beträgt 106,41€ (980 Punkte) und ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig. In diesem Zuge wird ebenfalls die Kostenpauschale 40301 neu in den Abschnitt 40.6 EBM aufgenommen.

Die mit 660,00€ bewertete Pauschale enthält alle Sachkosten für die Durchführung der Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve, einschließlich der Kosten für Kontrastmittel und Sprechstunden-

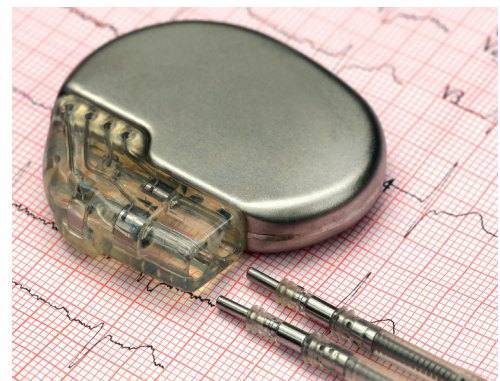


bedarf. Beide neuen Leistungen werden zunächst extrabudgetär vergütet.

Die Messung darf nur von Fachärzten für Innere Medizin und Kardiologie durchgeführt werden, die über eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Durchführung der Leistungen nach der QS-Vereinbarung zur invasiven Kardiologie (gemäß § 135 Absatz 2 SGB V) verfügen. Die Aufnahme der GOP 34298 in den EBM wird verbunden mit dem Ziel der Anpassung der QS-Vereinbarung bis spätestens zum 1. Januar 2019. Hierzu wurde folgende Übergangsregelung vereinbart, die bis zum 31. Dezember 2018 gilt: Demnach ist die GOP 34298 dann berechnungsfähig, wenn eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der QS-Vereinbarung zur invasiven Kardiologie in der Fassung vom 26. September 2012 vorliegt (in Kraft getreten am 1. Januar 2013).

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 426. Sitzung

QS-Vereinbarung zur Kontrolle von kardialen Rhythmusimplantaten (Fachinternisten, fachärztlich tätig)



Ab dem Quartal 4/2018 treten die neu gefassten Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Kontrolle von kardialen Rhythmusimplantaten in Kraft und ersetzen die bisherige Vereinbarung zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers aus dem Jahr 2006.

Grund für die Neufassung der Vereinbarung war die Neuregelung der Abrechnungssystematik für die Kontrolle von Schrittmachersystemen im EBM. Denn seit dem Quartal 4/2017 werden die konventionellen und telemedizinischen Leistungen nach den Aggregattypen Herzschrittmacher, Kardioverter/Defibrillator und Systeme zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D) differenziert abgebildet (GOP 13571, 13573, 13574, 13575, 13576 bzw. 04411, 04413, 04414, 04415, 04416).

Die überarbeitete Qualitätssicherungsvereinbarung legt nun entsprechend dieser GOPen die fachlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen fest, die Ärzte erfüllen müssen, um die Leistungen bei gesetzlich krankenversicherten Patienten durchführen und abrechnen zu können.

Quelle: KBV-PraxisNachrichten vom 02.08.2018

Erweiterte Gewebeuntersuchung im Mammographie-Screening (Pathologen)



Programmverantwortliche Ärzte im Mammographie-Screening können ab dem Quartal 4/2018 histopathologische Untersuchungen in vollem Umfang beauftragen. Hierzu werden die hierfür im Rahmen des Mammographie-Screenings notwendigen Leistungen in einer neuen GOP 19317 zusammengefasst. Die Leistung wird in den Abschnitt 19.3 EBM aufgenommen. Die Gewebeuntersuchung bei auffälligen Befunden umfasst dann auch das Grading mittels Morphometrie und die Bestimmung des Rezeptorstatus. Pathologen erhalten je Leistung eine Vergütung in Höhe von 147,24€ (1.356), die innerhalb der MGV vergütet wird. Zum Hintergrund: Der G-BA hatte Ende vergangenen Jahres die Dokumentation des Mammographie-Screenings um das Grading und die Bestimmung des Rezeptorstatus erweitert. Die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie wurde entsprechend angepasst.

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 423. Sitzung

Thulium-Laserenukleation und photoselektive Vaporisation (Urologen)

Zum Quartal 4/2018 werden die Operationsverfahren der photoselektiven Vaporisation (OPS-Kode 5-601.42) und der Thulium-Laserenukleation (OPS-Kode 5-601-72) der Prostata in den Anhang 2 des EBM aufgenommen. Die Abbildung erfolgt über die bereits bestehende GOP 36289 (Laserendoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie RW3; 228,90€; EGV) sowie über den dazugehörigen Zuschlag nach der GOP 36290 (39,52€; EGV).

Quelle: Beschluss des G-BA über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVB-RL) vom 15.02.2018

Ergänzende Informationen zum „Arztruf Hamburg“

In der letzten Ausgabe haben wir Sie über die Abrechnung des neuen Bereitschaftsdienstkonzeptes „Arztruf Hamburg“ und über die Entschädigung in Höhe von 25,00€ je Telefonat informiert. Für die Umsetzung der Vergütungsregelung wurden nun KV-Interne Leistungen (GOP 94014, 94016 und 94018) verwendet, die durch die KV zu den entsprechenden Grundleistungen (GOP 01214, 01216 und 01218 EBM) je Telefonat zugesetzt werden. Die Leistungen werden in der jeweiligen Anzahl mit einem Wert von 0,00€ unter dem Kennzeichen 3501 in Ihrem Honorarbescheid aufgeführt. Den entsprechenden Eurobetrag des Arztruf Hamburgs können Sie der Kontoübersicht Ihres Honorarbescheids entnehmen.



Nachträge zum Quartal 3/2018

Früherkennung der Tyrosinämie Typ I im Neugeborenen-Screening (Laborärzte)

Seit dem 01.07.2018 kann bei Neugeborenen zur Früherkennung der Tyrosinämie Typ I eine Tandem-Massenspektroskopie durchgeführt werden.

Die seltene erbliche Stoffwechselerkrankung Tyrosinämie Typ I ist als dreizehnte Erkrankung in das bestehende Neugeborenen-Screening aufgenommen worden. Die Kinder-Richtlinie hatte der Gemeinsame Bundesausschuss bereits im Jahr 2017 angepasst. Jetzt ist die Vergütung festgelegt worden. Die Bewertung der GOP 01724 wurde von 12,70€ (117 Punkte) auf 15,96€ (147 Punkte) angehoben.

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 423. Sitzung

Klarstellung zur Procalcitonin-Bestimmung vor Antibiotikagabe (fachgruppenübergreifend)

Durch die Berichterstattung in einigen Fachmedien wurde der Eindruck vermittelt, dass aufgrund des Beschlusses zur Antibiotikatherapie des Erweiterten Bewertungsausschusses zukünftig vor jeder Antibiotikatherapie bei Atemwegsinfektionen eine Labordiagnostik notwendig ist und andernfalls Arzneimittelregresse drohen. Da die diesbezügliche Verunsicherung in der Ärzteschaft weiter anhält, haben die Trägerorganisationen eine fachliche Positionierung zu dieser Aussage abgestimmt und der Veröffentlichung zugestimmt. Danach stellt „der Beschluss zur Antibiotikatherapie in der 54. Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses am 14. März 2018 keine Verpflichtung zur Durchführung labordiagnostischer Untersuchungen vor jeder Verordnung eines Antibiotikums dar. Sofern die klinischen Symptome ausreichend charakteristisch sind, kann auch zukünftig die Entscheidung für oder gegen eine antibiotische Therapie ohne labordiagnostische Untersuchung getroffen werden. Eine Laboruntersuchung sollte dagegen immer dann veranlasst werden, wenn aufgrund klinischer Kriterien die Indikation für oder gegen eine Antibiotikatherapie nicht eindeutig gestellt werden kann.“

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@kvvh.de

Layout und Satz: Melanie Vollmert; Bilder: fotolia © Sven Bähren, Syda Productions, hywards, Swapan, everythingpossible

Ausgabe 4/2018 (September 2018)

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