

Aktuelle Informationen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für das Quartal 2/2017

Sehr geehrte Mitglieder,

ab sofort möchten wir Sie im quartalsmäßigen Turnus als Service regelmäßig über Änderungen und Neuerungen zur Leistungsabrechnung, die den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und die Sonderabrechnungsnummern betreffen, informieren.

Hierzu fassen wir für Sie alle relevanten Informationen zu den Leistungsziffern sowie den dazugehörigen Abrechnungsmodalitäten für das jeweils neue Quartal kurz und kompakt zusammen. Damit können Sie sich schnell über viele Themen informieren, die für Ihre Abrechnung wichtig sein können. Möchten Sie mehr über ein Thema erfahren, können Sie auf die angegebenen Quellen zurückgreifen. Der Newsletter wird Ihnen zukünftig jeweils eine Woche vor Quartalsbeginn auf unserer Website [www.kvhh.net](http://www.kvhh.net) zur Verfügung stehen.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß mit dem neuen Newsletter

Ihre Abrechnungsabteilungen der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Hamburg

## Themen:

- Reform zur Psychotherapie-Richtlinie
- Neue Leistungen in der Notfallversorgung
- Vergütung der telekonsiliari-schen Befundbeurteilung
- Vergütung der Videosprechstunde
- Neue Versorgungspauscha-le für Kindernephrologie
- Glukose-Messung mit Re-al-Time-Messgeräten
- Digitale Vordrucke
- Detailänderung zur Humangenetik
- Vergütung des Stuhltests „iFOBT“
- Sonstiges



**Überweisungs-/Abrechnungsschein**

Krankenkasse bzw. Kostenträger  
 Name, Vorname des Versicherten  
 geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status  
 Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Kurativ  Präventiv  bei belegärztlicher Behandlung  
 Unfall  Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2  
 Unfallfolgen

Überweisung an

Ausführung von Auftragsleistungen  Konsiliaruntersuchung  Mit-Weiterbehandlung

Auftrag (bitte auch wichtige Befunde/Medikation angeben)/Diagnose/Verdacht

Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen

Tag Mon. Tag Mon.

Vertragsärzterstempel/Unterschrift überw. Arzt

Vertragsärzterstempel des abrechnenden Arztes

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schlägeranfällen

## Reform zur Psychotherapie-Richtlinie

Die neuen Regelungen zur Psychotherapie-Richtlinie gelten ab dem 1. April 2017

### Einführung von verpflichtenden psychotherapeutischen Sprechstunden

- min. zwei Psychotherapeutische Sprechstunden/Woche
- min. 100 Minuten/Woche bei vollem Versorgungsauftrag und 50 Minuten bei hälftigem Versorgungsauftrag
- Dauer je Sprechstunde min. 25 Minuten, bei Erwachsenen max. 150 Minuten im KHF (bei Kindern und Jugendlichen bis zu 250 Minuten)
- Soll den Patienten einen zeitnahen niederschweligen Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung ermöglichen
- Nicht notwendig bei Patienten, die aufgrund einer psychischen Erkrankung aus einer stationären Krankenhausbehandlung entlassen wurden
- KVen können unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungssituation von dieser Regelung abweichen
- Weitere Behandlung muss nicht bei dem Therapeuten stattfinden, der die Psychotherapeutische Sprechstunde durchgeführt hat
- Übergangsfrist: Bis zum 31. März 2018 dürfen probatorische Sitzungen und Akutbehandlungen auch ohne Sprechstunde beginnen

### Telefonische Erreichbarkeit

- 200 Minuten/Woche telefonische Erreichbarkeit bei vollem Versorgungsauftrag und 100 Minuten/Woche telefonische Erreichbarkeit bei hälftigem Versorgungsauftrag
- Mindesteinheit: 25 Minuten
- Telefonische Erreichbarkeit kann auch durch das Praxispersonal gewährleistet werden
- Zu welcher Zeit die Praxis telefonisch erreichbar ist muss an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung gemeldet werden

### Akutbehandlung

- Max. 600 Minuten im KHF
- Mindesteinheit: 25 Minuten
- Anzeigepflichtig gegenüber der Krankenkasse
- Erbrachte Stunden der Akutbehandlung sind mit einer gegebenenfalls anschließenden Kurzzeittherapie zu verrechnen



## Kurzzeittherapie

- Können künftig bis zu 24 Stunden umfassen
- Beantragung erfolgt in zwei Schritten für jeweils ein Kontingent von 12 Stunden
- Anträge gelten nach Ablauf einer Drei-Wochen-Frist auch ohne Bescheid der Krankenkasse als bewilligt
- Nicht mehr gutachterpflichtig

## Langzeittherapie

- Für alle Verfahren entfällt der zweite Bewilligungsschritt
- Mit dem Fortführungsantrag kann künftig direkt das Höchstkontingent beantragt werden
- Der erste Bewilligungsschritt bleibt antrags- und gutachterpflichtig
- Folgende Änderungen ergeben sich für Einzeltherapien bei Erwachsenen (Angaben in Stunden à 50 Minuten):

	Analytische Psychotherapie		Tiefenpsych. fundierte Psychotherapie		Verhaltenstherapie	
	Neu	Alt	Neu	Alt	Neu	Alt
1.	160	160	60	50	60	45
2.	300	240	100	80	80	60
3.		300		100		80

## Rezidivprophylaxe

- Kann nach Beendigung einer Langzeittherapie erfolgen
- Bei Bedarf werden dazu die innerhalb eines bewilligten Kontingents verbliebenen Stunden genutzt:
  - Behandlungsdauer  $\geq$  40 Stunden -> 8 Stunden
  - Behandlungsdauer  $\geq$  60 Stunden -> 16 Stunden
- Können bis zu zwei Jahre nach Abschluss der Langzeittherapie in Anspruch genommen werden

## Gruppentherapie

- Können immer dann eingesetzt werden, wenn sie förderlich für das prognostizierte Behandlungsergebnis sind
- Gelten als gleichwertige, bei der Indikationsstellung zu berücksichtigende Anwendungsform
- Mindestteilnehmerzahl wird auf drei Personen abgesenkt

[Quelle: PraxisNachrichten vom 15.12.2016]

## Neue Leistungen in der Notfallversorgung

Für den Notfall- und Bereitschaftsdienst gibt es ab dem 1. April 2017 zwei grundsätzliche Neuerungen im EBM:

### Schweregradzuschläge für besonders aufwändige Behandlungsfälle

Die nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) werden als Zuschläge zu den Notfallpauschalen (GOP 01210 und 01212) gewährt und sind an Kriterien gebunden, die einen erhöhten Behandlungsaufwand erfordern. Sie können bei schwerwiegenden Behandlungsdiagnosen, zum Beispiel bei einer akuten tiefen Beinvenenthrombose oder bei einer Pneumonie, in Ansatz gebracht werden.

#### **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.)
- Wert: 13,76€
- einmal im Behandlungsfall

#### **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.)
- Wert: 20,96€
- einmal im Behandlungsfall

#### **GOP 01226:**

- Zuschlag zur Notfallpauschale GOP 01212; Zuschlag bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern sowie Patienten mit schweren kognitiven, emotionalen und verhaltensbezogenen Beeinträchtigungen und/oder Demenz/Parkinson-Syndrom – in der Nacht (19-7Uhr, ganztägig an Wochenenden, Feiertagen sowie am 24.12. und 31.12.)
- Wert: 9,67€
- einmal im Behandlungsfall



Für die Abrechnung der **GOP 01223** und **01224** muss eine der folgenden Behandlungsdiagnosen gesichert vorliegen:

- Frakturen im Bereich der Extremitäten proximal des Metacarpus und Metatarsus
- Schädel-Hirn-Trauma mit Bewusstlosigkeit von weniger als 30 Minuten (S06.0 und S06.70)
- Akute tiefe Beinvenenthrombose
- Hypertensive Krise
- Angina Pectoris (ausgenommen: I20.9)
- Pneumonie
- Akute Divertikulitis
- Ausnahme: Im Einzelfall können die GOP 01223 und 01224 auch für andere Erkrankungen, die eine aufwändige Versorgung erfordern, abgerechnet werden. Hierfür ist eine ausführliche schriftliche Begründung erforderlich.

Die **GOP 01226** ist nicht neben der **GOP 01224** berechnungsfähig

**Abklärungspauschale für Patienten, die in die reguläre vertragsärztliche Versorgung weitergeleitet werden können, da sie keinen Notfall darstellen**

#### **GOP 01205:**

- Berechnungsfähig zwischen 7 und 19Uhr (außer an Wochenenden, Feiertagen sowie am 24.12. und 31.12.)
- Wert: 4,84€
- einmal im Behandlungsfall

#### **GOP 01207:**

- Berechnungsfähig zwischen 19 und 7Uhr (ganztäglich an Wochenenden, Feiertagen sowie am 24.12. und 31.12.)
- Wert: 8,60€
- einmal im Behandlungsfall

Im Zusammenhang mit der Einführung der Schweregradzuschläge und der Abklärungspauschalen wird die **GOP 01210** von 127 Punkten auf 120 Punkte und somit von **13,65€** auf **12,90€** abgesenkt.

*[Quellen: Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses, 13. Sitzung, 07.12.2016 und KBV Information 234/2016]*



## Vergütung der telekonsiliarischen Befundbeurteilung

Für die Abrechnung der Telekonsile werden zum 1. April 2017 vier neue GOP in den EBM aufgenommen, die unter Einhaltung der folgenden Abrechnungsvoraussetzungen in Ansatz gebracht werden können:

- Telekonsile dürfen nur von Vertragsärzten mit einer entsprechenden Genehmigung zur Durchführung von Röntgen- und/oder CT-Untersuchungen veranlasst oder durchgeführt werden
- Ärzte müssen über die apparativen Voraussetzungen für die Befundung verfügen
- Medizinische Fragestellung darf nicht im Fachgebiet des einholenden Arztes liegen
- Ausnahme: Komplexe, medizinische Fragestellung, die eine telekonsiliarische Zweitbefundung erforderlich macht
- Nicht innerhalb Medizinischer Versorgungszentren, Apparategemeinschaften und ähnlichen Einrichtungen sowie im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms abrechnungsfähig

Eine der neuen GOP kann für das Einholen einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgen- und/oder CT-Aufnahmen in Ansatz gebracht werden:

### **GOP 34800:**

- Einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig
- Wert: 9,78€
- Vergütung erfolgt extrabudgetär
- Mengenbegrenzung: Beauftragung wird für maximal 3,75% der Behandlungsfälle einer Praxis vergütet, in denen mindestens eine Röntgen- oder CT-Aufnahme berechnet wurde und ein Telekonsil grundsätzlich in Frage käme

Drei weitere GOP dienen der telekonsiliarischen Befundbeurteilung:

### **GOP 34810:**

- Befundung von Röntgenaufnahmen
- Wert: 11,82€ je Konsiliarauftrag

### **GOP 34820:**

- Befundung von CT-Aufnahmen nach den GOP 34310, 34311, 34320, 34350, 34351
- Wert: 29,67€ je Konsiliarauftrag

### **GOP 34821:**

- Befundung von CT-Aufnahmen nach den GOP 34312, 34321, 34322, 34330, 34340 bis 34344
- Wert: 41,81€ je Konsiliarauftrag

*Hinweis:* Bei der Befundbeurteilung von CT-Aufnahmen entsprechend den GOP 34310, 34311, 34320, 34350, 34351 in Verbindung mit einem Zuschlag nach den GOP 34312, 34343 und 34344 ist ausschließlich die höher bewertete GOP 34821 abzurechnen.

Jede der vier neuen GOP beinhaltet sowohl die ärztliche Leistung als auch die beim elektronischen Versand der Aufnahmen entstehenden Kosten. Die Versandkostenpauschale nach der GOP 40104 kann demnach nicht zusätzlich abgerechnet werden.

*[Quellen: PraxisNachrichten vom 15.12.2016 und Beschluss des Bewertungsausschusses, 386. Sitzung, 12.12.2016]*

## Vergütung der Videosprechstunde

Ab dem 1. April 2017 kann die Videosprechstunde als neue telemedizinische Leistung durchgeführt werden. Hierzu wurden zwei neue Leistungen in den EBM aufgenommen.

### **GOP 01450 - Technik- und Förderzuschlag:**

- Dienen vor allem zur Deckung der Kosten, die durch die Nutzung eines Videoanbieters anfallen
- Zuschlag zur Versichertenpauschale, zu den meisten Grundpauschalen, zu den Konsiliarpauschalen des Kapitels 25, zur schmerztherapeutischen Pauschale (GOP 30700) und zur neuen GOP 01439 (s. u.)
- Wert: ca. 4,30€ je Arzt-Patienten-Kontakt (APK)
- Den Zuschlag gibt es für max. 50 Videosprechstunden pro Arzt und Quartal (=1.899 Punkte)
- Vergütung erfolgt für die nächsten zwei Jahre extrabudgetär
- Nur abrechnungsfähig sofern es sich bei der Verlaufskontrolle in der Videosprechstunde um eine Folgebegutachtung handelt
- Die Videosprechstunde ist Inhalt der Versicherten- bzw. Grundpauschale und somit nicht gesondert berechnungsfähig; Ausnahme: GOP 01439 (s. u.)

### **GOP 01439 - Videosprechstunde in Quartalen ohne APK:**

- Kann in Ansatz gebracht werden, wenn im Behandlungsfall ausschließlich APK im Rahmen einer Videosprechstunde stattfinden
- Wert: ca. 9,46€
- Einmal im Behandlungsfall
- Vergütung erfolgt innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)
- Voraussetzung für die Abrechnung ist, dass der Patient in den vorangegangenen zwei Quartalen min. einmal in der Praxis persönlich vorstellig geworden ist und die Verlaufskontrolle durch dieselbe Praxis erfolgt wie die Erstbegutachtung
- Nicht neben anderen GOP berechnungsfähig – Ausnahme: GOP 01450

### **Die Videosprechstunde kann für folgende Indikationen/Anlässe durchgeführt werden:**

- Visuelle postoperative Verlaufskontrolle einer Operationswunde
- Visuelle Verlaufskontrolle einer/von Dermatose(n), auch nach strahlentherapeutischer Behandlung
- Visuelle Verlaufskontrolle einer/von akuten, chronischen und/oder offenen Wunden
- Visuelle Beurteilung von Bewegungseinschränkungen/-störungen des Stütz- und Bewegungsapparates, auch nervaler Genese, als Verlaufskontrolle
- Beurteilung der Stimme und/oder des Sprechens und/oder der Sprache als Verlaufskontrolle
- Anästhesiologische, postoperative Verlaufskontrolle

Die Videosprechstunden können von fast allen Fachgruppen abgerechnet werden.

### **Anpassung der Allgemeinen Bestimmungen 4.3.1 EBM:**

Die Allgemeinen Bestimmungen 4.3.1 EBM wurden um die Regelung ergänzt, dass bei den GOP 02310, 07310, 07311, 07330, 07340, 10330, 18310, 18311, 18330 und 18340, deren Berechnung min. drei oder mehr persönliche APK im Behandlungsfall voraussetzt, ein persönlicher APK auch als APK im Rahmen einer Videosprechstunde erfolgen kann, sofern die Videosprechstunde zu den in der neuen GOP 01450 genannten Zwecken erfolgt und dies berufsrechtlich zulässig ist.

### **Technische Voraussetzungen:**

- Die technischen Anforderungen für die Praxis und den Videodienstanbieter sind in der Anlage 31b des Bundesmantelvertrag der Ärzte geregelt. Das Erfüllen der Voraussetzungen in Bezug auf die technischen Anforderungen muss durch eine Erklärung des Videodienstanbieters für die Arztpraxis gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen werden. Hierbei ist aus Sicht der KBV und des GKV-Spitzenverbandes ein Beleg des Videoanbieters (z.B. Rechnung), der den Namen der Praxis beinhaltet, als Nachweis ausreichend.

## Neue Versorgungspauschale für Kindernephrologie

Zum 1. April 2017 wird die GOP 04563 in den EBM aufgenommen, um den hohen Aufwand bei der Versorgung nierenkranker Kinder besser zu vergüten.

### **GOP 04563:**

- Zuschlag zur Versichertenpauschale (GOP 04000)
- Wert: ca. 102,12€
- Einmal im Behandlungsfall
- Vergütung erfolgt extrabudgetär
- Kann - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - nur von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Nephrologie und/oder Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, die über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gem. § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnet werden

*[Quellen: PraxisNachrichten vom 02.03.2017 und Beschluss des Bewertungsausschusses, 389. Sitzung, 21.02.2017]*

## Glukose-Messung mit Real-Time-Messgeräten

Ab dem 1. April 2017 wird die Anleitung eines Patienten zur Handhabung eines Real-Time-Messgerätes über den EBM vergütet. Hierzu werden drei neue GOP in den EBM aufgenommen, die von der jeweiligen Fachgruppe abgerechnet werden können.

### **GOP 03355:**

- Kann von Hausärzten und hausärztlich tätigen Internisten jeweils mit der Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ oder der Qualifikation „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft“ abgerechnet werden
- Wert: ca. 7,74€ für vollendete 10 Minuten
- Bis zu 10 Mal im Jahr pro Patient berechnungsfähig

### **GOP 13360:**

- Kann von Internisten mit der Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ oder der Qualifikation „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft“ abgerechnet werden
- Wert: ca. 7,74€ je vollendete 10 Minuten
- Bis zu 10 Mal im Jahr pro Patient berechnungsfähig

### **GOP 04590:**

- Kann von Kinder- und Jugendmedizinern mit der Zusatzweiterbildung „Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie“ oder „Diabetologie“ oder der Qualifikation „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft“ abgerechnet werden
- Wert: ca. 7,74€ je vollendete 10 Minuten
- Bis zu 10 Mal im Jahr pro Patient berechnungsfähig

Die neuen Leistungen können von den Ärzten teilweise an das Praxispersonal delegiert werden.

*[Quellen: PraxisNachrichten vom 02.03.2017 und Beschluss des Bewertungsausschusses, 389. Sitzung, 21.02.2017]*

## Digitale Vordrucke

In der Anlage 2b zum Bundesmantelvertrag der Ärzte verständigten sich die KBV und der GKV-Spitzenverband auf die Verwendung digitaler Vordrucke in der vertragsärztlichen Versorgung.

Als erster Vordruck kann das Muster 6 „Überweisungsschein“ ab dem 1. April 2017 digital verwendet werden. Vorerst kann dies jedoch ausschließlich für die Beauftragung radiologischer Telekonsile genutzt werden.

Ab dem 1. Juli 2017 können dann auch die Muster 10 „Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung“ und Muster 10a „Anforderungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften“ in digitaler Form genutzt werden.

*[Quelle: Anlage 2b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte]*

## Detailänderung zur Humangenetik

Am 12. Dezember 2016 hat der Bewertungsausschuss in Teil B eine Änderung des EBM mit Wirkung zum 1. April 2017 beschlossen. Hierbei wurde der Wert der GOP 32937 von **150,00€** auf **115,00€** abgesenkt. Damit wurde sie der inhaltlich entsprechenden GOP 32902 angepasst.

*[Beschluss des Bewertungsausschusses, 386. Sitzung, 12.12.2016]*

## Vergütung des Stuhltests „iFOBT“

Die Untersuchung auf nicht sichtbares Blut im Stuhl erfolgt zukünftig mittels eines quantitativen immunologischen Tests anstelle der bislang verwendeten Guajak-basierten Tests. Vertragsärzte, die die Früherkennungsuntersuchung auf ein kolorektales Karzinom durchführen, können ab dem 1. April 2017 die GOP 01737 in Ansatz bringen.

### **GOP 01737:**

- Die Leistung umfasst die Ausgabe, Rücknahme und Weiterleitung des Stuhlprobenentnahmesystems sowie die damit zusammenhängende Beratung bei einer präventiven Untersuchung
- Wert: ca. 6,13€
- Für alle Fachgruppen abrechnungsfähig, die bisher ebenfalls die GOP 01734 in Ansatz bringen konnten (Hausärzte, Chirurgen, Gynäkologen, Hautärzte, Internisten und Urologen)
- Das Stuhlprobenentnahmesystem wird von den Ärzten über das Labor bezogen
- Die Auswertung des Tests erfolgt nicht in der Praxis, sondern im Labor
- Anspruch auf die Untersuchung zur Früherkennung von Darmkrebs haben Versicherte ab einem Alter von 50 Jahren
- Der bisher verwendete Guajak-basierte Nachweis von occultem Blut im Stuhl (gFOBT) ist ab dem 1. April 2017 im präventiven Bereich nicht mehr zulässig. In diesem Zusammenhang wird die GOP 01734 zum 1. April 2017 gestrichen.

**Aufgrund der Einführung des quantitativen immunologischen Tests werden auch zwei neue GOP für die Laboruntersuchungen in den EBM aufgenommen.**

### **GOP 01738:**

- Automatisierte quantitative immunologische Bestimmung von occultem Blut im Stuhl (iFOBT) gemäß Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL), einschließlich der Kosten für das Stuhlprobenentnahmesystem und das Probengefäß (präventive Untersuchung)

- Wert: ca. 8,06€
- Einmal im Krankheitsfall
- Im Behandlungsfall nicht neben der GOP 32457 (s. u.) berechnungsfähig

## **GOP 32457:**

- Quantitative immunologische Bestimmung von occultem Blut im Stuhl (iFOBT) einschließlich der Kosten für das Stuhlprobenentnahmesystem und das Probengefäß (kurative Untersuchungsindikation)
- Wert: 6,21€
- Einmal im Behandlungsfall
- Im Behandlungsfall nicht neben den GOP 01737 und 01738 berechnungsfähig

Entsprechend der geänderten Früherkennungs-Richtlinie wurde der Test als Leistung des Speziallabors, die eine vorherige Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung voraussetzt, in den EBM aufgenommen. Die Durchführung des iFOBT dürfen somit nur Ärzte vornehmen, die eine Abrechnungsgenehmigung für diese Leistung haben. Sie sind zudem verpflichtet, Angaben wie verwendete Tests, Ergebnisse der externen Qualitätssicherung und die Gesamtzahl der untersuchten und der positiven Proben zur Evaluation des Früherkennungsprogramms zu erfassen und an die Kassenärztliche Vereinigung zu übermitteln. Der Stuhltest ist Teil des Programms zur Früherkennung von Darmkrebs. Er kann bei Frauen und Männern im Alter zwischen 50 und 55 Jahren jedes Jahr durchgeführt werden. Ab einem Alter von 55 Jahren haben die Versicherten Anspruch auf bis zu zwei Früherkennungskoloskopien im Abstand von 10 Jahren oder alle 2 Jahre auf einen Test auf occultes Blut im Stuhl. Ist der Stuhlbefund positiv, erfolgt zur weiteren Abklärung eine Darmspiegelung.

*[Quellen: PraxisNachrichten vom 09.03.2017 und Beschluss des Bewertungsausschusses, 392. Sitzung]*

## Sonstiges

### **Abrechnungsinformationen zur GOP 01435**

Gemäß dem EBM ist die GOP 01435 nicht neben anderen GOP berechnungsfähig. Dies gilt ebenfalls für Sonderabrechnungsnummern, wie z. B. Impfungen. Ausnahmen stellen Sonderabrechnungsnummern dar, die **keinen** Arzt-Patienten-Kontakt erfordern, wie z. B. die 99194 (ZI-Schulung für nicht insulinpflichtiger Diabetiker).

### **Anpassung Anhang 2 des EBM**

Mit Wirkung zum 1. April 2017 wird der Anhang 2 des EBM an die OPS-Version 2017 angepasst.

#### **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](mailto:jasmin.hartmann@kvvh.de)

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

Ausgabe 1/2017 (März 2017)

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