

Änderungen zum 01. Januar 2019

Änderung der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

Der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) haben sich auf eine Anpassung der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung - GOP 88895 (Anlage 11 BMV-Ä) mit Wirkung zum 01.01.2019 verständigt.

Zur Erstattung des besonderen Aufwandes gemäß § 6 Abs. 2 der Vereinbarung wird dem vollzeitlich tätigen und an dieser Vereinbarung teilnehmenden Arzt zusätzlich zu den nach dem EBM abrechnungsfähigen Leistungen eine Kostenpauschale (GOP 88895) in Abhängigkeit von der Anzahl der nach der Vereinbarung im Quartal erbrachten Behandlungsfälle vergütet:

Soweit die Zahl der nach der Vereinbarung erbrachten Behandlungsfälle je Praxis im Quartal 400 Behandlungsfälle nicht übersteigt, gelten für die Kostenpauschale nach Satz 1 folgende gestaffelte Vergütungen:

-186,00 € für den 1. bis zum 350. Behandlungsfall

-139,50 € ab dem 351. Behandlungsfall.

Darüber hinaus beträgt die Obergrenze 400 Behandlungsfälle im Quartal. Auf nicht vollzeitig tätige Ärzte finden die Obergrenzen anteilig entsprechend ihres Tätigkeitsumfanges Anwendung.

Für jeden weiteren sozialpsychiatrisch zugelassenen Arzt, der in der Praxis tätig ist, erhöhen sich die Fallzahlgrenzen der Behandlungsfälle nach Abs. 1 um 80 vom Hundert. Für nicht vollzeittätige Ärzte findet die Erhöhung anteilig entsprechend des Tätigkeitsumfangs statt.

Die Vertragspartner überprüfen jährlich bis zum 31.05. eines Jahres, erstmals mit Wirkung für das Jahr 2020, ob und inwieweit die Regelungen dieser Vereinbarung einer Anpassung bedürfen.

Ansprechpartner

Service Center

✉: servicecenter@kvsaarland.de

Anpassungen der Onkologie-Vereinbarung

Aufnahme der oralen zytostatischen Tumorthherapie

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben beschlossen, die orale zytostatische Tumorthherapie zum 1. Januar 2019 in die Onkologie-Vereinbarung aufzunehmen. Sie wird über die Kostenpauschale 86520 abgebildet, die die Behandlung im Zusammenhang mit der oralen Chemotherapie umfasst. Diese Kostenpauschale ist nicht für rein hormonell beziehungsweise rein anti-hormonell wirkende Substanzen der ATC-Klasse L02 (endokrine Therapie) berechnungsfähig.

In den Voraussetzungen zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung wird die orale zytostatische Tumorthherapie bei den nachzuweisenden Mindestpatientenzahlen zum jetzigen Zeitpunkt nicht berücksichtigt.

Onkologische Kooperationsgemeinschaft: verpflichtende Zusatzweiter-bildung Palliativmedizin

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben sich darauf geeinigt, dass ab dem 1. Januar 2019 ein Arzt mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin verpflichtend in der onkologischen Kooperationsgemeinschaft vertreten sein muss. Ärzte, die bereits vor dem 31. Dezember 2018 eine Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung erhalten haben, müssen den kooperierenden palliativmedizinischen Arzt bis spätestens 28. Februar 2019 an die Kassenärztliche Vereinigung Saarland melden.

Palliativversorgung nach erfolgter OP

Die Kostenpauschale 86518 für die Palliativversorgung ist seit dem 1. Januar 2015 auch nach erfolgter Operation berechnungsfähig. Zuvor galt dies ausschließlich bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung eines Patienten ohne Heilungschance nach Abschluss einer systemischen Chemotherapie oder Strahlentherapie. Diese Regelung ist befristet bis zum 31. Dezember 2018. Die Vertragspartner haben sich jetzt darauf verständigt, diese Befristung aufzuheben.

Ansprechpartner

Lisa Blum

Ingeborg Koch

Anja Schmidt

✉: abrechnung@kvsaarland.de

✉: abrechnung@kvsaarland.de

✉: abrechnung@kvsaarland.de

Streichung der Ankündigung einer Qualitätssicherungsvereinbarung zu den GOPen 11235 und 11236 EBM

Auf die Qualitätssicherungsvereinbarung für die humangenetische Beurteilungsleistungen nach den GOPen 11235 (*Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233 für komplexe genetisch bedingte manifeste Erkrankungen*) und 11236 (*Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233 für Fehlbildungssyndrome bis zum vollendeten 18. Lebensjahr*) wird nun verzichtet, nachdem die Frist zur Einführung bereits mehrfach verlängert wurde. Daher wird die entsprechende Ankündigung in den Anmerkungen der GOPen gestrichen.

- Beim obligaten Leistungsinhalt zur schriftlichen Zusammenfassung für den Patienten wird jeweils präzisiert, dass der Patient diese Zusammenfassung in verständlicher Form ggf. einschließlich von Hinweisen zu Selbsthilfegruppen erhält.
- Der fakultative Leistungsinhalt der beiden GOPen wird um die konsiliarische Erörterung mit anderen Ärzten ergänzt. Dazu folgender Hinweis: Dieser Leistungsinhalt war Bestandteil der Leistungskalkulation. Dieser umfasst nicht und vergütet nicht den Anspruch des Versicherten auf die Hinzuziehung einer weiteren sachverständigen Person in die Beratung nach § 10 Abs. 3 Satz 3 des Gendiagnostikgesetzes.

Ansprechpartner

Service Center

✉: servicecenter@kvsaarland.de

Sonderrundschreiben EBM-Änderungen

Bereich Abrechnung



Aufnahme der GOP 19461 in Verbindung mit der Erweiterung des Anwendungsgebietes für den Wirkstoff Osimertinib (Tagrisso®)

Die Verordnung von Osimertinib (Tagrisso®) für die Erstlinientherapie von erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) mit aktivierenden Mutationen des epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-(EGFR)-Gens kann gemäß der Fachinformation bei fehlender Gewebeprobe auch anhand einer Flüssigbiopsie (Liquid Biopsie; Untersuchung von freier DANN im Plasma) erfolgen. Diese Leistung wird nun als extrabudgetär vergütete Leistung in den Abschnitt 19.4.4 EBM aufgenommen.

GOP	Kurzbeschreibung	Bewertung
19461	Nachweis oder Ausschluss von allen bekannten EGFR-aktivierenden Mutationen in den Exonen 18 bis 21 unter Verwendung von zirkulierender Tumor-DANN zur Indikationsstellung einer gezielten Behandlung von erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht kleinzelligem Lungenkarzinom, wenn diese laut Fachinformatik obligat ist Zweimal im Krankheitsfall	3934 Punkte

Ansprechpartner

Ute Wolf

✉: abrechnung@kvsaarland.de

Osteodensitometrie wird höher vergütet

Osteodensitometrische Untersuchungen werden ab dem 1. Januar 2019 höher vergütet. Die Bewertung der GOPen 34600 (Osteodensitometrische Untersuchung I) und 34601 (Osteodensitometrische Untersuchung II) werden angehoben. Mit diesem Beschluss setzt der Bewertungsausschuss die angekündigte Neubewertung der Leistungen vor dem Abschluss der Arbeiten zur EBM-Weiterentwicklung um.

Zur Finanzierung der Mehrkosten für die GOP 34600 (Osteodensitometrische Untersuchung I) wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) entsprechend angehoben. Für die GOP 34601 (Osteodensitometrische Untersuchung II) bedarf es keiner solcher Regelung, da die Krankenkassen diese Leistungen außerhalb der MGV finanzieren.

GOP	Kurzbeschreibung	Bewertung bis 31.12.2018	Bewertung ab 01.01.2019
34600	Osteodensitometrische Untersuchung I	161 Punkte	268 Punkte
34601	Osteodensitometrische Untersuchung II	161 Punkte	268 Punkte

Ansprechpartner

Service Center

✉: servicecenter@kvsaarland.de

Sonderrundschreiben EBM-Änderungen

Bereich Abrechnung



Neue EBM-Leistung: Extrakorporale Stoßwellentherapie bei Fasciitis plantaris für Fachärzte für Orthopädie, Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie und für Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin

Die fokussierte und radikale extrakorporale Stoßwellentherapie beim Fersenschmerz bei Fasciitis plantaris wird zum 1. Januar 2019 als neue Leistung in den EBM aufgenommen. Die ärztlichen Aufwände werden über die neue GOP 30440 im Abschnitt 30.4 EBM abgebildet. Die Leistung ist mit 247 Punkten bewertet. Sie wird für mindestens zwei Jahre extrabudgetär vergütet. Wie bei allen neuen Leistungen prüft der BA auch hier, ob sie später in die MGV überführt werden kann. Der Beschluss zur Änderung der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ ist am 26. Juli 2018 in Kraft getreten.

Danach dürfen nur Fachärzte für Orthopädie, Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie und für Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin die Behandlungsmethode anwenden. Die Patienten wiederum müssen schon mindestens sechs Monate unter Fersenschmerz bei Fasciitis plantaris leiden und dadurch in ihrer gewohnten körperlichen Aktivität eingeschränkt sein. Während dieser Zeit müssen zudem unterschiedliche konservative Therapieansätze sowie Maßnahmen wie Dehnübungen und Schuheinlagen ohne relevante Beschwerdebesserung angewandt worden sein. Erst dann dürfen die Ärzte eine Stoßwellentherapie als zusätzliche Maßnahme durchführen.

Vorgegeben ist auch die maximale Anzahl der Therapien: Die Leistung darf je Fuß bis zu dreimal im Krankheitsfall abgerechnet werden. Dabei muss die Therapie in höchstens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen erfolgen.

GOP	Kurzbeschreibung	Bewertung
30440	<p>Extrakorporale Stoßwellentherapie beim Fersenschmerz bei Fasciitis plantaris entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 26 Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)</p> <p>dreimal im Krankheitsfall</p> <p>Die GOP 30440 ist nur bei Patienten mit der Diagnose Fasciitis plantaris (ICD-10-GM: M72.2) berechnungsfähig. Die Berechnung setzt die Kodierung nach ICD-10-GM: M72.2 unter Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit voraus.</p> <p>Die GOP ist je Fuß in höchstens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen höchstens dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.</p>	247 Punkte

Ansprechpartner

Ilona Hirschmann

✉: abrechnung@kvsaarland.de

Sonderrundschreiben EBM-Änderungen

Bereich Abrechnung



Bauchaortenaneurysmenscreening

Die kurative Uro-Genital-Sonographie nach der GOP 33043 ist künftig neben der sonographischen Untersuchung der Bauchaorta nach der GOP 01748 am gleichen Behandlungstag berechnungsfähig. Der bisherige Abrechnungsausschluss wird zum 1. Januar 2019 aufgehoben. Somit können Vertragsärzte die Uro-Genital-Sonographie und das Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen an demselben Behandlungstag durchführen. Bezüglich der Wechselzeiten wird allerdings ein Abschlag auf die Gesamtpunktzahl der GOP 33043 erhoben, wenn die GOP 33043 und 01748 nebeneinander berechnet werden.

Ansprechpartner

Patricia Osbild

✉: abrechnung@kvsaarland.de

Samstagszuschlag

Auch Fachärzte für diagnostische Radiologie und für Strahlentherapie dürfen den Samstagszuschlag GOP 01102 (Inanspruchnahme an Samstagen) abrechnen. Der Bewertungsausschuss hat mit Wirkung zum 1. Januar 2019 die Abrechenbarkeit dieser Gebührenordnungsposition (GOP) beschlossen. Damit setzt er einen gerichtlichen Vergleich um, der zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband sowie der KV Hessen am 10. Januar 2018 vor dem Sozialgericht Marburg getroffen wurde.

GOP	Kurzbeschreibung	Bewertung
01102	Inanspruchnahme des Vertragsarztes an Samstagen zwischen 07:00 und 14:00 Uhr	101 Punkte

Ansprechpartner

Service Center

✉: servicecenter@kvsaarland.de

Mitbetreuung eines Patienten bei Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase - Abschnitt 37.4 EBM

Vollstationäre Pflegeheime und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen können ihren Bewohnern eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten. Diese Aufgaben sollen besonders qualifizierte Berater in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt übernehmen.

Vor diesem Hintergrund hat der Bewertungsausschuss einen neuen Abschnitt 37.4 in den EBM aufgenommen. Ab Januar können Ärzte für die Mitbetreuung gemäß der Vereinbarung die GOP 37400 abrechnen, die als neue Leistung in den EBM aufgenommen wird. Die Pauschale 37400 beinhaltet die Zusammenarbeit und den Informationsaustausch des betreuenden Vertragsarztes mit dem besonders qualifizierten Berater über das Angebot der gesundheitlichen Versorgungsplanung

Sonderrundschreiben EBM-Änderungen

Bereich Abrechnung



und die verwendeten Notfalldokumente. Thema ist auch die schriftliche Patientenverfügung für Notfallsituationen, die der Berater erstellt und die vom betreuenden Vertragsarzt (Hausärzte/Fachärzte) unterschrieben werden soll. Außerdem besteht die Möglichkeit, dass der Arzt an einem Beratungsgespräch und/oder einer Fallbesprechung des Beraters mit dem Patienten teilnimmt (gemäß der Vereinbarung nach § 132g Absatz 3 SGB V).

Darüber hinaus kann die GOP nur von Vertragsärzten berechnet werden, die eine Versorgungsplanung gemäß einer Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V in vollstationären Pflegeheimen sowie Einrichtungen der Eingliederungshilfe für von Berater betreuten Patienten durchführen und dies gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen.

Die Vergütung der GOP 37400 erfolgt für zwei Jahre extrabudgetär. Der BA wird bis zum 31. Dezember 2020 prüfen, ob die Überführung der Leistung in die MGV empfohlen werden kann.

GOP	Kurzbeschreibung	Bewertung
37400	<p>Zusatzpauschale für die Beteiligung an der Zusammenarbeit mit dem Berater gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V</p> <p>Einmal im Behandlungsfall</p> <p>Die GOP ist auch berechnungsfähig, wenn die Teilnahme am patientenorientierten Beratungsgespräch gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V telefonisch erfolgt.</p> <p>Die GOP kann nur von einem an der Beratung beteiligten Vertragsarzt berechnet werden.</p> <p>Genehmigung der KV Saarland erforderlich</p>	100 Punkte

Ansprechpartner

Lisa Blum

Ingeborg Koch

✉: abrechnung@kvsaarland.de

✉: abrechnung@kvsaarland.de

Aufnahme des Zweitmeinungsverfahrens in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)

Der Beschluss gilt ab dem 1. Januar 2019 und setzt die Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL, 8. Dezember 2018) des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) um. Die Zm-RL bezieht sich auf die in ihr benannten, planbaren Eingriffe. Zunächst sind dies das operative Entfernen der Mandeln bzw. von Teilen der Mandeln (Tonsillektomien, Tonsillotomien) sowie das operative entfernen der Gebärmutter (Hysterektomie) bei allen nicht malignen Erkrankungen.

In § 3 Absatz 2 wird nun klargestellt, dass der Zweitmeiner weitere Untersuchungsleistungen durchführen oder veranlassen darf, sofern diese medizinisch notwendig sind. Hierfür wurde der neue Abschnitt 4.3.9 „Ärztliche Zweitmeinung“ in die Allgemeinen Bestimmungen und die GOP 01645 für den indikationsstellenden Arzt in den EBM-Abschnitt 1.6 „Arztübergreifende Gebührenordnungspositionen“ aufgenommen.

Details des neuen Abschnittes:

Wer als Zweitmeiner tätig werden darf, legen die Kassenärztlichen Vereinigungen durch Überprüfung der Qualifikationen der teilnehmenden Ärzte entsprechend der ZM-RL fest, um ihnen eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen im Rahmen der Zweitmeinung zu erteilen.

Abschnitt 4.3.9 EBM regelt, dass der Zweitmeiner die arztgruppenspezifische Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale seiner Arztgruppe beim ersten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt einmal im Behandlungsfall abrechnen kann. Für die Berechnung besteht die Verpflichtung zur bundeseinheitlichen Kennzeichnung nach Vorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, damit die Vergütungen zusätzlich zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bei den Krankenkassen angefordert werden können.

Neben den Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen sind ausschließlich medizinisch notwendige Untersuchungen im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens entsprechend den Abrechnungsbestimmungen des EBM berechnungsfähig. Für diese besteht bei der Berechnung ebenfalls die Verpflichtung zur bundeseinheitlichen eingriffsspezifischen Kennzeichnung. Voraussetzung zur Berechnung ist zudem die Angabe einer medizinischen Begründung.

Neue Gebührenordnungsposition (GOP) 01645

Die neue GOP 01645 im Abschnitt 1.6 EBM dient zur Abbildung des aufgrund des Zweitmeinungsverfahrens entstehenden zusätzlichen Aufwandes des Arztes, der die Indikation für eine Zweitmeinung stellt. Die Leistungsinhalte sind die Aufklärung und Beratung im Zusammenhang mit einem ärztlichen Zweitmeinungsverfahren sowie die Zusammenstellung, Mehrfertigung und Aushändigung von Befundmitteilungen, Berichten, Arztbriefen und anderen patientenbezogenen Unterlagen an den Patienten gemäß § 6 Abs. 4 der ZM-RL. Die GOP ist einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig und mit 75 Punkten bewertet. Die Berechnung setzt ebenfalls eine eingriffsspezifische Dokumentation der Indikation mit einer bundeseinheitlichen kodierten Zusatzkennzeichnung voraus.

GOP	Kurzbeschreibung	Bewertung
01645	<p>Aufklärung und Beratung im Zusammenhang mit einem ärztlichen Zweitmeinungsverfahren sowie die Zusammenstellung, Mehrfertigung und Aushändigung von Befundmitteilungen, Berichten, Arztbriefen und anderen patientenbezogenen Unterlagen an den Patienten gemäß § 6 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zweitmeinungsverfahren</p> <p>Einmal im Krankheitsfall</p> <p>Die GOP ist nur durch den indikationsstellenden Arzt gemäß § 6 der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren berechnungsfähig.</p> <p>Die Berechnung der GOP setzt die eingriffsspezifische Dokumentation der bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung (01645A, 01645B) voraus.</p>	75 Punkte

Sonderrundschreiben EBM-Änderungen

Bereich Abrechnung



Vergütung

Alle Leistungen, die im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens durchgeführt werden, werden für drei Jahre außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Ein entsprechender Beschluss wurde im Bewertungsausschuss am 12. Dezember 2018 gefasst.

Der Bewertungsausschuss wird nach Vorliegen der Abrechnungsdaten für die ersten Jahre nach Einführung die Entwicklung der durch den Arzt im Zweitmeinungsverfahren abgerechneten Pauschalen, GOPen sowie der ggf. durch den Zweitmeiner durchgeführten oder veranlassten medizinisch notwendigen Untersuchungen überprüfen.

Abrechnung von Leistungen im Zweitmeinungsverfahren

Einleitung der Zweitmeinung (1. Arzt/indikationsstellende Arzt)

Der Arzt rechnet die Leistung nach der GOP 01645 nach den Vorgaben der Codierungsliste mit einer indikationsspezifischen Buchstabenkennzeichnung ab.

GOP	Inhalt
01645A	Zweitmeinungsverfahren bei einer bevorstehenden Mandeloperation
01645B	Zweitmeinungsverfahren bei einer bevorstehenden Gebärmutterentfernung

Berechnung und Dokumentation der im Zweitmeinungsverfahren durchgeführten und abgerechneten Leistungen (2. Arzt des Zweitmeinungsverfahrens)

Der Arzt rechnet die jeweils zutreffende Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale sowie die GOPen für ggf. medizinisch notwendige Untersuchungsleistungen gemäß § 3 Abs. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zweitmeinungsverfahren ab. Der Arzt verwendet dabei die EBM-GOPen.

Zusätzlich soll eine **indikationsspezifische Kennzeichnung** für die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale sowie für die ggf. medizinisch notwendigen Untersuchungsleistungen als **Freitext** im Feld „freier Begründungstext“ (KVDT-Feldkennung 5009) mit den nachstehenden Codes erfolgen:

Freier Begründungstext	Inhalt
88200A	Zweitmeinungsverfahren bei einer bevorstehenden Mandeloperation
88200B	Zweitmeinungsverfahren bei einer bevorstehenden Gebärmutterentfernung

Die Richtlinie, die entsprechenden Anträge sowie weitere Informationen hierzu finden Sie auf unserer Internetseite: www.kvsaarland.de unter Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Zweitmeinung.

Ansprechpartner Bereich Abrechnung

Sibylle Szdzyu
Manuel Zimmermann

✉: abrechnung@kvsaarland.de
✉: abrechnung@kvsaarland.de

Ansprechpartner Bereich Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement

Stephan Jörgens

✉: qualitaetssicherung@kvsaarland.de