

- Telefonkonsultation während der Corona-Pandemie ausgeweitet
- „Bekannter“ Patient: Definition angepasst
- Wiederholungsrezepte nach GOP 01820: GOP 40122 für Versand abrechenbar
- Folgeverordnungen nach GOP 01426: GOP 40122 für Versand abrechenbar
- Kennziffer 88240 für Leistungen im Zusammenhang mit dem Coronavirus
- Änderung der ICD Codierung für COVID-19 zum 1. April 2020
- Richtlinienänderungen wegen COVID-19
- TSVG: Kennzeichnung von „Neupatienten“ ab 1. April 2020 nicht mehr notwendig

Für Rückfragen: Info-Team der KVSH Tel. 04551 883 883

07.04.2020

Telefonkonsultation während der Corona-Pandemie ausgeweitet

Aufgrund der Ausbreitung des Coronavirus ist der steigende Bedarf an telefonischen Konsultationen von erkrankten Patienten festgestellt worden. Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben sich am 3. April 2020 auf eine Regelung verständigt und einen entsprechenden Beschluss im Bewertungsausschuss gefasst. Für telefonische Konsultationen mit „bekannten“ Patienten (siehe Artikel „Bekannter“ Patient: Definition - angepasst) können vorerst vom 1. April bis 30. Juni 2020 zusätzlich je nach Fachgruppe die neuen GOP 01433 oder die GOP 01434 EBM abgerechnet werden.

GOP	Bezeichnung der Leistung	Bewertung
01433	Zuschlag im Zusammenhang mit der GOP 01435 oder der Grundpauschale für die telefonische Beratung durch einen Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 14.1, 16.1, 21.1, 22.1 und 23.1	154 Punkte (16,92 €)
01434	Zuschlag im Zusammenhang mit der GOP 01435 oder der Versichertenpauschale nach den GOP 03000 und 04000 oder der Grundpauschale nach der GOP 30700 für die telefonische Beratung durch einen Arzt	65 Punkte (7,14 €)

Vorlage der eGK: Finden in dem Quartal ausschließlich telefonische Konsultationen statt, muss die elektronische Gesundheitskarte nicht eingelesen werden. In diesem Fall übernimmt die Praxis die Versichertendaten für die Abrechnung aus der Akte des „bekannten“ Patienten.

Die Höhe der Kontingente für Telefongespräche wurde am Gesprächsbedarf der Fachrichtungen ausgerichtet. Dazu wurden vier Gruppen gebildet:

Fachgruppe	Gesonderte Abrechnung der Telefonkonsultation möglich, wenn der Patient <u>nicht</u> in die Praxis kommt	Gesonderte Abrechnung der Telefonkonsultation möglich, auch wenn der Patient in die Praxis oder Videosprechstunde kommt	Kontingent in min. pro Patienten	GOP	Abrechnung und Vergütung
Ärztl. u. psych. Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, FÄ für Neurologie, Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie, Neurochirurgie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	ja	ja	200	01433 154 Punkte/16,62 € Gespräch: mind.10 min	bis zu 20-mal berechnungsfähig zusätzlich zur GOP 01435 oder zur Grundpauschale
Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte, Schmerztherapeuten	ja	ja	30	01434 65 Punkte/7,14 € Gespräch: mind. 5 min	bis zu 6-mal berechnungsfähig zusätzlich zur GOP 01435 oder zur Versicherten- oder Grundpauschale
Gynäkologen, HNO-Ärzte, Dermatologen, fachärztliche Internisten, Orthopäden, FÄ für Sprach-, Stimm-, und kindliche Hörstörungen, Urologen	ja	nein	25	01434 65 Punkte/7,14 € Gespräch: mind. 5 min	bis zu 5-mal berechnungsfähig zusätzlich zur GOP 01435
Anästhesisten, Augenärzte, Chirurgen, Humangenetiker, Laborärzte, MKG, Nuklearmediziner, Pathologen, Radiologen, Strahlentherapeuten, PRM	ja	nein	10	01434 65 Punkte/7,14 € Gespräch: mind. 5 min	bis zu 2-mal berechnungsfähig zusätzlich zur GOP 01435

Aufgrund der Komplexität und des Umfanges des Beschlusses haben wir Ihnen die Details und weitere wichtigen Hinweise zur Abrechnung der Telefonkonsultationen auf unserer Homepage unter www.kvsh.de/praxis/abrechnung-und-honorar/abrechnung/aktuell zur Verfügung gestellt.

„Bekannter“ Patient: Definition angepasst

Der Bewertungsausschuss hat seinen Beschluss in der 483. Sitzung vom 24. März 2020 geändert und die Definition des „bekannten“ Patienten angepasst. Als ein der Arztpraxis bekannter Patient gilt nun derjenige, bei dem in einem der sechs Quartale, die der Durchführung und Berechnung der Leistung unmittelbar vorausgehen, ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt in derselben Arztpraxis stattgefunden hat.

Wiederholungsrezepte nach der GOP 01820: GOP 40122 für Versand abrechenbar

Aufgrund der Ausbreitung des Coronavirus ergibt sich kurzfristig ein steigender Bedarf zur postalischen Zustellung von Verordnungen und Überweisungsscheinen. Der Bewertungsausschuss hat am 3. April 2020 beschlossen, dass bei postalischer Zustellung von Wiederholungsrezepten und Überweisungsscheinen an die Versicherten neben der GOP 01820 die GOP 40122 befristet bis zum 30. Juni 2020 berechnungsfähig ist.

Folgeverordnungen nach GOP 01426: GOP 40122 für Versand abrechenbar

Der Bewertungsausschuss hat seinen Beschluss in der 483. Sitzung vom 24. März 2020 geändert. So empfiehlt der Bewertungsausschuss ergänzend, dass befristet bis zum 30. Juni 2020 bei medizinischer Notwendigkeit und Vertretbarkeit für einen der Arztpraxis bekannten Patienten Folgeverordnungen zur Fortführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (Muster 63) gemäß der GOP 01426 im Rahmen eines anderen Arzt-Patienten-Kontaktes gemäß den Allgemeinen Bestimmungen 4.3.1 des EBM ausgestellt werden können. Es wurde ergänzend beschlossen, dass befristet bis zum 30. Juni 2020 bei postalischer Zustellung von Folgeverordnungen zur Fortführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (Muster 63) neben der GOP 01426 die GOP 40122 berechnungsfähig ist.

Kennziffer 88240 für Leistungen im Zusammenhang mit dem Coronavirus

Die Ziffer 88240 ist an jedem Tag, an dem eine Behandlung aufgrund des klinischen Verdachts auf eine Infektion oder einer nachgewiesenen Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) erforderlich wird, vom behandelnden Arzt (auch Laborärzte) in der Abrechnung zu dokumentieren. Diese Regelung gilt ausnahmslos, auch für das ambulante Monitoring der positiv auf das Coronavirus getesteten Patienten.

Der extrabudgetären Vergütung unterliegen die von der Arztgruppe (des die Ziffer 88240 dokumentierenden Arztes) an den Tagen mit Dokumentation der Ziffer 88240 abgerechneten Leistungen sowie die von der o.g. Arztgruppe abgerechneten Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen, Zusatzpauschalen für

Pneumologie (GOP 04530 und 13650) sowie die Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung (GOP 13250). Eine Anpassung der Punktzahlvolumen (PZV) aufgrund der extrabudgetären Vergütung erfolgt nicht.

Änderung der ICD Codierung für COVID-19 zum 1. April 2020

COVID-19-Fälle, bei denen das Virus labordiagnostisch nachgewiesen wurde, werden weiterhin mit dem Diagnoseschlüssel **U07.1 !** kodiert. Neu ist ein Code für klinisch-epidemiologisch gesicherte COVID-19-Erkrankungen. Mit dem neuen Code **U07.2 !** werden ab dem zweiten Quartal die „Verdachtsfälle“ verschlüsselt, bei denen eine klinisch-epidemiologische COVID-19-Erkrankung nach der Falldefinition des Robert Koch-Institutes (RKI) diagnostiziert wurde, aber SARS-CoV-2 nicht mit einem Labortest nachgewiesen wurden, weil der Test negativ war oder bei akutem klinischen Bild einer COVID-19-Erkrankung nicht durchgeführt wurde. Mit U07.1 ! werden nur noch die im Labor bestätigten Fälle kodiert.

Bei beiden COVID-19-Kodes handelt es sich nach der ICD-10-GM um Zusatzcodes, also sogenannte Ausrufezeichenkodes (!). Damit ist geregelt, dass diese Codes (Sekundärkodes) eine ergänzende Information enthalten und mit mindestens einem weiteren Code kombiniert werden müssen. Das Ausrufezeichen gehört zur Bezeichnung des Kodes, es wird aber bei der Kodierung nicht angegeben (z.B. U07.1 statt U07.1 !).

Die Codes werden ab dem 1. April ausschließlich mit dem Zusatzkennzeichen „G“ (gesichert) für die Diagnosesicherheit versehen. Also COVID-19-Erkrankung liegt vor: Virus nachgewiesen U07.1 beziehungsweise Virus nicht nachgewiesen U07.2.

Nicht mehr anzuwenden ist das Zusatzkennzeichen „V“ für „Verdacht“. Auch die Zusatzkennzeichen „A“ für Ausschluss einer COVID-19-Erkrankung oder „Z“ für Zustand nach einer COVID-19-Erkrankung sind nicht zu nutzen.

Weitere Informationen und Fallbeispiele zum angepassten Kodieren finden Sie auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de/html/1150_45387.php.

Richtlinienänderungen wegen COVID-19

Der G-BA hat eine Reihe von Richtlinien aufgrund der Corona-Pandemie bis zum 30. Mai 2020 befristet geändert:

Entlassmanagement

Die häusliche Krankenpflege, Soziotherapie, SAPV Hilfsmittelversorgung und AU-Bescheinigungen sind jetzt für 14 Tage möglich statt normalerweise für 7 Tage. Die unmittelbare Erforderlichkeit der längeren Verordnung kann sich auch aus dem Umstand einer Vermeidung zusätzlicher Arztbesuche ergeben. Die Frist zur Vorlage der Verordnung bei der Kasse wird von 3 auf 10 Werktage erhöht. Die Heilmittelverordnungen sind auch für 14 Tage möglich und müssen innerhalb von 21 Tagen in Anspruch genommen werden.

Häusliche Krankenpflege, Heil- und Hilfsmittelverordnung

Die Erstverordnung von häuslicher Krankenpflege kann auch länger als 14 Tage erfolgen; rückwirkende Verordnungen sind bis zu 14 Tage möglich, wenn eine rechtzeitige Verordnung wegen COVID-19 nicht möglich war. Folgeverordnungen können auch früher als 3 Werktage vor Ablauf der letzten Verordnung ausgestellt werden und die besondere Begründung der Notwendigkeit entfällt. Die Folgeverordnungen für häusliche Krankenpflege, Heilmittel sowie Hilfsmittel können auch nach telefonischer Anamnese erfolgen, wenn aufgrund derselben Erkrankung eine unmittelbare persönliche Untersuchung erfolgt ist. Die Frist zur Versorgung mit einem Hilfsmittel innerhalb von 28 Tagen wird ausgesetzt. Heilmittelverordnungen behalten ihre Gültigkeit, auch wenn sie später als 14 bzw. 28 Tage in Anspruch genommen werden; Unterbrechungen von mehr als 14 Tagen sind unschädlich.

Krankentransport

Der Genehmigungsvorbehalt entfällt bei nachweislich an COVID-19-Erkrankten oder bei Versicherten die aufgrund behördlicher Anordnung unter Quarantäne stehen für Fahren zu nicht aufschiebbaren zwingend notwendigen ambulanten Behandlungen. Die Fristen für Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung nach §115a SGB V werden auf drei Behandlungstage innerhalb 28 Tagen vor Beginn der stationären Behandlung und 7 Behandlungstage innerhalb 28 Tagen nach der stationären Behandlung erweitert. Krankentransportscheine können auch nach telefonischer Anamnese nach den Kriterien der Krankentransportrichtlinie ausgestellt werden, wenn sich der Verordner vom Zustand des Versicherten durch eingehende Befragung überzeugt hat.

TSVG: Kennzeichnung von „Neupatienten“ ab 1. April 2020 nicht mehr notwendig

Ab sofort ist die Kennzeichnung der TSVG-Konstellation „Neupatient“ in der Abrechnung nicht mehr notwendig. Die KVSH wird zur Entlastung der Praxen die Neupatientenprüfung und -kennzeichnung übernehmen.

Alle Newsletter der KVSH finden unter www.kvsh.de/praxis/praxisfuehrung/newsletter.