

- Orientierungswert steigt zum Jahreswechsel
- TSVG: Neue Zusatzpauschale für Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern
- Krebsfrüherkennung: Vorläufige Aussetzung der Dokumentationsverpflichtung
- Früherkennung von Zervixkarzinomen: EBM-Anpassungen ab 1. Januar 2020
- Neuerungen Muster 39
- Liposuktion bei Lipödem: Vergütung ab 1. Januar 2020 geregelt
- Biomarkerbasierte Testverfahren beim primären Mammakarzinom
- Neue GOP 01514 zum 1. Oktober 2019
- Neue GOP 11601 bei Lynparza®-Indikation
- GOP 37105: Nur von einem Arzt abrechenbar
- Kein Gutachtenverfahren für Gruppentherapie
- Optische Kohärenztomographie (OCT)
- HVM: Abgeordnetenversammlung beschließt Änderungen

Für Rückfragen: Serviceteam der KVSH Tel. 04551 883 883

01.04.2020

Orientierungswert steigt zum Jahreswechsel

Die KBV und der GKV-Spitzenverband einigten sich auf eine Erhöhung des Orientierungswertes auf 10,9871 Cent mit Wirkung zum 1. Januar 2020. Dies entspricht einem Anstieg von 1,52 Prozent.

TSVG: Neue Zusatzpauschale für Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern

Der Bewertungsausschuss hat seinen Beschluss zur Umsetzung der Zuschlagsregelungen für die Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern aufgrund einer TSS-Terminvermittlung angepasst. Ab dem 1. Januar 2020 können Ärzte eine Zusatzpauschale nach der Gebührenordnungsposition (GOP) 01710 EBM abrechnen, wenn am Behandlungstag ausschließlich Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern aufgrund einer TSS-Terminvermittlung (nur Abschnitt 1.7.1, ausgenommen Labor und J1) durchgeführt und keine Versicherten- oder Grundpauschale berechnet werden. Sofern daraufhin im gleichen Quartal kurative Behandlungen erfolgen, bleibt es bei der Berechnungsfähigkeit der Zusatzpauschale, die einmal im Arztgruppenfall berechnungsfähig ist. Sie ist nicht berechnungsfähig, wenn der vermittelte Patient in demselben Quartal in derselben Praxis bereits von einem Arzt der betroffenen Arztgruppe behandelt wurde.

Die jeweilige Höhe der Bewertung der GOP 01710 ist - wie bei den TSS-Zuschlägen - von der Anzahl der Kalendertage bis zum Tag der Behandlung abhängig. Als erster Zähltag gilt der Tag der Kontaktaufnahme

des Versicherten zur TSS. Das zutreffende Zeitintervall ist bei der Abrechnung durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung (B, C, D) zu dokumentieren und der Abrechnungsschein mit der Vermittlungsart „TSS-Terminfall“ zu kennzeichnen. Anders als bei den TSS-Zuschlägen wird die Zusatzpauschale nach der GOP 01710 EBM mit einer konkreten Punktzahl festgelegt.

GOP	Zeitraum ab Kontaktaufnahme des Versicherten zur TSS bis zum Behandlungstag	Bewertung	Kennzeichnung der Vermittlungsart
01710B	1. bis 8. Tag	114 Punkte	TSS-Terminfall
01710C	9. bis 14. Tag	68 Punkte	
01710D	15. bis 35. Tag	45 Punkte	

Krebsfrüherkennung: Vorläufige Aussetzung der Dokumentationsverpflichtung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 17. Oktober 2019 festgelegt, dass für die Darmkrebsfrüherkennung neue Dokumentationsvorgaben nach der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) gelten sollen. Die Umstellung der Dokumentation war ursprünglich zum 1. Januar 2020 geplant. Es wird jedoch bis dahin nicht allen Softwareanbietern gelingen, die nötige Dokumentationssoftware anzubieten. Am 5. Dezember 2019 hat der G-BA deshalb entschieden, die Dokumentationsverpflichtung vorerst auszusetzen. Die Aussetzung betrifft sowohl das bereits laufende Programm zur Früherkennung von Darmkrebs als auch das zum 1. Januar 2020 startende Programm zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs. Das Ende dieser Aussetzung bleibt einer gesonderten Beschlussfassung des G-BA vorbehalten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) geht derzeit davon aus, dass dies frühestens zum vierten Quartal 2020 der Fall sein wird. Sobald die Dokumentationsverpflichtung wieder besteht, übernehmen die KVen im Rahmen der Programmevaluation die Funktion der Datenannahmestellen. Ärzte übermitteln dann ihre Daten elektronisch an ihre KV, die diese zur datenschutzkonformen Verschlüsselung und Auswertung an eine Bundesauswertestelle schickt.

Die gedruckten Versicherteninformationen über die organisierten Krebsfrüherkennungsprogramme werden zwar mit den Einladungen von den Krankenkassen an Versicherte verschickt, sie sollen aber ab Januar 2020 auch in den Praxen ausliegen und können in der Formularausgabe der KVSH bestellt werden.

Früherkennung von Zervixkarzinomen: EBM-Anpassungen zum 1. Januar 2020

Im Newsletter vom 20. Dezember 2018 berichteten wir über den Start des organisierten Programms zur Zervixkarzinomfrüherkennung im Rahmen der oKFE-RL am 1. Januar 2020. Zur Abbildung des Programms war eine Anpassung im EBM erforderlich. Der Bewertungsausschuss hat dazu am 11. Dezember 2019 entsprechende Änderungen beschlossen, über die wir Sie hiermit informieren möchten.

Der Abschnitt 1.7.3 des EBM wird neu strukturiert und durch die Aufnahme mehrerer neuer GOP angepasst. Die GOP zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening werden in einem neuen

Unterabschnitt 1.7.3.1 untergebracht. Die neuen Unterabschnitte 1.7.3.2.1 und 1.7.3.2.2 bilden Primärscreening und Abklärungsdiagnostik im Rahmen der Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen gemäß der KFE-RL und der oKFE-RL ab.

GOP	Bezeichnung der Leistung (Kurzlegende)	Bewertung ab 01.01.2020 in Punkten	Bewertung ab 01.10.2020 in Punkten	Bewertung ab 01.01.2021 in Punkten	Bewertung ab 01.10.2021 in Punkten
Abschnitt 1.7.3.2 EBM: Früherkennung von Krebserkrankungen der Brust und des Genitales, organisiertes Programm zur Früherkennung des Zervixkarzinoms					
01760	Krebsfrüherkennung bei der Frau gem. Abschnitt B. II. §§ 6 und 8 KFE-RL	159			
Abschnitt 1.7.3.2.1 EBM: Primärscreening zur Früherkennung des Zervixkarzinoms gemäß Teil III. C. § 6 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)					
01761	Krebsfrüherkennung bei der Frau gem. Teil III. C. § 6 oKFE-RL	179	216		215
01762	Zytologische Untersuchung gemäß Teil III. C. § 6 der oKFE-RL	81	82	81	
01763	HPV-Test gemäß Teil III. C. § 6 der oKFE-RL	171			
Abschnitt 1.7.3.2.2 EBM: Abklärungsdiagnostik zur Früherkennung des Zervixkarzinoms gemäß Teil III. C. § 7 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)					
01764	Abklärungsdiagnostik gemäß Teil III. C. § 7 oKFE-RL	67	93		
01765	Abklärungskolposkopie gemäß Teil III. C. §§ 7 und 8 oKFE-RL	658	729		728
01766	Zytologische Untersuchung gemäß Teil III. C. § 7 mittels Zytologie der oKFE-RL	288			
01767	HPV-Test gemäß Teil III. C. § 7 der oKFE-RL	171			
01768	Histologie bei Abklärungskolposkopie gemäß Teil III. C. § 7 der oKFE-RL	248			

Die Berechnung der GOP 01763, 01765 und 01767 EBM setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung voraus. Die Vergütung der Leistungen des Abschnitts 1.7.3.2.1 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Leistungen des Abschnitts 1.7.3.2.2 werden zunächst (bis zum 31. Dezember 2024) ebenfalls extrabudgetär vergütet.

Aufgrund der Aussetzung der Dokumentationsverpflichtungen sind die Leistungen der Abschnitte 1.7.3.2.1 und 1.7.3.2.2 EBM bis auf weiteres auch bei fehlender elektronischer Dokumentation berechnungsfähig.

Mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses konnte zudem erreicht werden, dass für die entsprechenden zytologischen Leistungen im EBM Anmerkungen aufgenommen worden sind, die nun die Zuordnung der Kosten für die Entnahmematerialien regeln.

Darüber hinaus wird mit der Aufnahme der GOP 01763 und 01767 (HPV-Tests) in die GOP 01700 für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin und in die GOP 01701 für alle anderen Vertragsärzte die Berechnungsfähigkeit der Grundpauschalen ermöglicht.

In Folge der Anpassungen entfallen die GOP 01730 und 01733 EBM. Des Weiteren werden die kurativen GOP 32819 und 32820 in der GOP 32819 EBM zusammengeführt. Die GOP 32820 EBM wird deshalb gestrichen. Die kurative GOP 19311 EBM (Zytologische Untersuchung eines Materials) wird ebenfalls gestrichen und ihr Leistungsinhalt getrennt in den neuen GOP 19318 und 19319 EBM weitergeführt.

GOP	Bezeichnung der Leistung	Bewertung
19318	Zytologische Untersuchung eines oder mehrerer Abstriche(s) von der Portio-Oberfläche und/oder aus dem Zervixkanal	58 Punkte
19319	Zytologische Untersuchung von Urin auf Tumorzellen	58 Punkte

Der Beschlussteil, der die oben tabellarisch abgebildete Änderung der Bewertung der GOP 01761, 01762, 01764 und 01765 betrifft, ist mit Wirkung zum 1. Oktober 2020 beschlossen worden. Eine ggf. erforderliche Anpassung dieses Teils des Beschlusses hängt von der Entscheidung über das Ende der vorübergehenden Aussetzung der Dokumentationsvorgaben ab.

Das Institut des Bewertungsausschusses hat den Beschluss sowie die entscheidungserheblichen Gründe auf seiner Internetseite unter www.institut-ba.de veröffentlicht.

Neuerungen Muster 39

Im Zuge der neuen Dokumentationsvorgaben wurde das Muster 39 für den Auftrag des Gynäkologen an den Zytologen überarbeitet. Zur Vermeidung doppelter Dokumentation wurde das Formular um Informationen zum HPV-Test und HPV-Impfung ergänzt. Die bisherigen Angaben zur rektalen Untersuchung und zum Blutdruck sind dagegen entfallen. Das überarbeitete Muster löst zum 1. Januar 2020 das vorherige Formular unabhängig von der Aussetzung der Dokumentationspflichten für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme ab und steht bereits in Papierform und als Blankoversion zur Verfügung. Für das neue Muster 39 ist zudem erstmals die digitale Auftragserteilung und Befundübermittlung möglich. Zur Signatur kann der Praxisausweis (SMC-B) verwendet werden. Die Signierung mittels des elektronischen Heilberufsausweises ist ebenfalls möglich, aber für dieses Muster nicht zwingend erforderlich.

Liposuktion bei Lipödem: Vergütung ab 1. Januar 2020 geregelt

Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 19. September 2019 zur Liposuktion bei Lipödem (nur im Stadium III) trat am 7. Dezember 2019 in Kraft. Er legt fest, dass die operative Fettabsaugung für diese Erkrankung zunächst befristet bis 31. Dezember 2024 in die Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung aufgenommen wird. Mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 11. Dezember 2019 erfolgt eine

Anpassung im EBM zum 1. Januar 2020. Die Gebührenordnungspositionen zur Liposuktion bei Lipödem werden als ambulante Leistungen in Kapitel 31 sowie als belegärztliche Leistungen in Kapitel 36 des EBM aufgenommen und bedürfen eine Genehmigung zum ambulanten Operieren nach § 135 Abs. 2 SGB V.

GOP	Bezeichnung der Leistung	Bewertung
31096	Liposuktion bei Lipödem im Stadium III - Eingriff der Kategorie AA6	6037 Punkte
31097	Liposuktion bei Lipödem im Stadium III – Eingriff der Kategorie AA7	6444 Punkte
31098	Zuschlag zur GOP 31096 bei Simultaneingriffen sowie zur GOP 31097	612 Punkte
31802	Tumesenzlokalanästhesie durch den Operateur, der einen ambulanten Eingriff nach den GOP 31096 und 31097 entsprechend Anhang 2 durchführt	2592 Punkte
36096	Liposuktion bei Lipödem im Stadium III - Eingriff der Kategorie AA6	3822 Punkte
36097	Liposuktion bei Lipödem im Stadium III – Eingriff der Kategorie AA7	4118 Punkte
36098	Zuschlag zur GOP 36096 bei Simultaneingriffen sowie zur GOP 36097	377 Punkte
36802	Tumesenzlokalanästhesie durch den Operateur, der einen belegärztlichen Eingriff nach den GOP 36096 und 36097 entsprechend Anhang 2 durchführt	1619 Punkte

Mit Wirkung zum 1. Januar 2020 wird im Zusammenhang mit der Liposuktion die extrabudgetär vergütete Kostenpauschale 40165 in den EBM aufgenommen. Hierüber erfolgt die Abbildung der Sachkosten für die Absaugkanülen.

GOP	Bezeichnung der Leistung	Bewertung
40165	Kostenpauschale bei Durchführung der Liposuktion beim Lipödem Stadium III entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31096 und 31097 für die beim Eingriff eingesetzte(n) Absaugkanüle(n)	72,00 €

Für die Liposuktion erfolgt die Definition als operativer Eingriff durch die Aufnahme folgender OPS-Kodes in den Anhang 2 des EBM:

- 5-911.17 Absaugen von Fettgewebe (Liposuktion): Oberarm und Ellenbogen
- 5-911.18 Absaugen von Fettgewebe (Liposuktion): Unterarm
- 5-911.1e Absaugen von Fettgewebe (Liposuktion): Oberschenkel und Knie
- 5-911.1f Absaugen von Fettgewebe (Liposuktion): Unterschenkel

Vorgaben zur Qualitätssicherung

Zusätzlich zur Einführung der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III in die vertragsärztliche Versorgung wurden sektorenübergreifende Vorgaben zur Qualitätssicherung beschlossen. Diese betreffen insbesondere die Anforderungen an die Indikationsstellung und an die fachliche Qualifikation der operierenden Ärztinnen und Ärzte und sind ebenfalls am 7. Dezember 2019 in Kraft getreten. Es ist geplant, die Qualitätssicherungs-Richtlinie zur Liposuktion bei Lipödem im Stadium III durch die Festlegung von Mindestanforderungen und geeigneten Nachweisverfahren zu ergänzen. Hierzu wird der G-BA einen weiteren Beschluss fassen. Den Beschluss des G-BA finden Sie unter www.g-ba.de/beschluesse/3963/.

Bei Fragen zur Qualitätssicherung können Sie sich an die Abteilung Qualitätssicherung unter Tel.: 04551 883 459 wenden.

Biomarkerbasierte Testverfahren beim primären Mammakarzinom

Der gemeinsame Bundesausschuss hat am 20. Juni 2019 die Aufnahme der „Biomarkerbasierten Tests beim primären Mammakarzinom“ in die Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) beschlossen.

Zum 1. Januar 2020 erfolgt die Aufnahme eines neuen Abschnittes 19.4.5 „Biomarkerbasierte Testverfahren“ mit den entsprechenden in-vitro-diagnostischen Leistungen nach den GOP 19501 und 19502 in den EBM. Der Beschluss umfasst den Einsatz biomarkerbasierter Tests bei Patientinnen mit einem primären Hormonrezeptor-positivem, HER2/neu-negativen, nodalnegativen und nicht metastasierten Mammakarzinom unter Anwendung der Vorgehensweise des Oncotype DX Breast Recurrence Score®.gemäß Nr. 30 Anlage I der MVV-RL.

Zudem erfolgt ab dem 1. Januar 2020 eine Anpassung der ersten Anmerkung zum Abschnitt 19.4. Analysen freier Nukleinsäuren im Plasma sowie Genexpressionsanalysen sind nicht berechnungsfähig, mit Ausnahme der GOP 19435, 19460, 19461, 19501 und 19502 EBM.

GOP	Bezeichnung der Leistung	Bewertung
19501	Aufarbeitung einer Gewebeprobe zur Durchführung eines biomarkerbasierten Tests gemäß Nr. 30 Anlage I der MVV-RL beim Mammakarzinom	552 Punkte
19502	Biomarkerbasierter Test einschließlich der Testkosten gemäß Nr. 30 Anlage I der MVV-RL beim Mammakarzinom	3.296,50 Euro

Die GOP 19501 ist einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig und kann ausschließlich von Fachärzten für Pathologie abgerechnet werden, die berechtigt sind, die GOP 19332 EBM und die Leistungen des Abschnitts 19.4 EBM zu berechnen. Die Vergütung der Leistungen nach den GOP 19501 und 19502 EBM erfolgt extrabudgetär.

Mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses werden ab dem 1. Januar 2020 die GOP 08347 und 13507 in die Abschnitte 8.3 und 13.3.4 (Hämatologie/Onkologie) des EBM zur Erörterung der Besonderheiten des biomarkerbasierten Tests bei primärem Mammakarzinom aufgenommen. Die GOP 08347 EBM kann ausschließlich von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Schwerpunkt „gynäkologische Onkologie“, der Zusatzweiterbildung „Medikamentöse Tumortherapie“ oder mit einer Genehmigung der KV zur Teilnahme an der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) bzw. an regionalen Onkologie-Vereinbarungen berechnet werden. Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt können die neue GOP 13507 EBM ebenfalls abrechnen. Hierfür wurde die Leistung in Nr. 4 der Präambel 13.1 EBM aufgenommen.

GOP	Bezeichnung der Leistung	Bewertung
08347	Erörterung der Besonderheiten des biomarkerbasierten Tests bei Patientinnen mit primärem Mammakarzinom	65 Punkte
13507	Erörterung der Besonderheiten des biomarkerbasierten Tests bei Patientinnen mit primärem Mammakarzinom	65 Punkte

Die GOP 08347 EBM ist höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig und kann im Behandlungsfall nicht neben der GOP 13507 EBM abgerechnet werden.

Die GOP 13507 EBM ist höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig und kann im Behandlungsfall nicht neben den GOP 08347, 36881 bis 36883 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 EBM abgerechnet werden.

Die Vergütung der Leistungen nach den GOP 08347 und 13507 EBM erfolgt extrabudgetär.

Neue GOP 01514 zum 1. Oktober 2019

Mit Wirkung zum 1. Oktober 2019 wurde die GOP 01514 für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken bei der Gabe von Velmanase alfa neu in den Abschnitt 1.5 des EBM aufgenommen. Diese ist für Pädiater, Internisten und Neurologen berechnungsfähig und wird zunächst extrabudgetär vergütet.

GOP	Bezeichnung der Leistung	Bewertung
01514	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken bei der Gabe von Velmanase alfa	502 Punkte

Neue GOP 11601 bei Lynparza®-Indikation

Im Rahmen der frühen Nutzenbewertung des G-BA ergab die Prüfung einen Anpassungsbedarf im EBM. Lynparza® ist bei positivem Nachweis von BRCA1/2-Mutationen in der Keimbahn als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit einem lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Mammakarzinom, einem platin-sensitiven, fortgeschrittenen oder rezidierten oder progressiven high-grade epithelalem Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primärem Peritonealkarzinom indiziert. Zur Feststellung der Anwendungsvoraussetzung ist eine Untersuchung auf BRCA1/2 Mutationen auch außerhalb der bereits im EBM enthaltenen Indikation nach der GOP 11440 erforderlich. Die Anpassung im EBM erfolgt zum 1. Januar 2020 durch die Aufnahme der extrabudgetären GOP 11601 in einen neuen Unterabschnitt 11.4.5 „In-vitro-Diagnostik hereditärer Veränderungen zur Indikationsstellung einer pharmakologischen Therapie“.

GOP	Bezeichnung der Leistung (Kurzlegende)	Bewertung
11601	Nachweis oder Ausschluss von Mutationen in den BRCA1 und BRCA2-Genen in der Keimbahn gemäß Fachinformation	20570 Punkte

Die Berechnung der GOP 11601 EBM setzt die Angabe der zur Behandlung geplanten und/oder eingesetzten Arzneimittel voraus.

GOP 37105: Nur von einem Arzt abrechenbar

Aufgrund vermehrter Anfragen möchten wir die Abrechnungsbesonderheit der GOP 37105 EBM nochmals erläutern. Mit dem Zuschlag nach der GOP 37105 EBM wird der erhöhte Aufwand für die Koordination der erforderlichen Maßnahmen und der Versorgung in der stationären Pflegeeinrichtung in Zusammenarbeit mit

weiteren kooperierenden Ärzten (Versorgung gemäß einem Kooperationsvertrag nach § 119 b SGB V) vergütet. Die GOP 37105 EBM ist für den **koordinierenden** Vertragsarzt vorgesehen und kann somit **nur von einem** an der Behandlung beteiligten Vertragsarzt abgerechnet werden. Hierüber ist eine schriftliche Vereinbarung mit den anderen kooperierenden Vertragsärzten zu treffen.

Kein Gutachtenverfahren für Gruppentherapie

Durch eine Änderung des § 92 Absatz 6a des SGB V entfallen ab sofort die Gutachterverfahren für Gruppentherapien nach der Psychotherapie-Richtlinie. Die entsprechende Regelung im „Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung“ ist am 23. November 2019 in Kraft getreten. Der Gesetzgeber will damit ambulante Psychotherapien in Form von Gruppentherapie, die derzeit nur in geringem Umfang durchgeführt werden, fördern. Da die Regelung unmittelbare Wirkung entfaltet, konnte eine Anpassung der Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung bislang nicht vorgenommen werden. Die bestehenden Rahmenbedingungen zum Antragsverfahren in der Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung bezüglich der Anwendung von Gruppentherapie haben jedoch weiterhin Bestand. Anträge auf Kombinationsbehandlungen aus Einzel- und Gruppentherapie sind durch die Gesetzesänderung nicht betroffen.

Optische Kohärenztomographie (OCT)

Die optische Kohärenztomographie zur Therapiesteuerung gemäß GOP 06338 und 06339 EBM kann ab dem 1. Januar 2020 am Operationstag neben den operativen Eingriffen gemäß GOP 31371, 31373, 36371 und 36373 EBM berechnet werden. Entsprechende Anmerkungen zu den GOP 06338 und 06339 wurden durch den Bewertungsausschuss in den EBM aufgenommen.

HVM: Abgeordnetenversammlung beschließt Änderungen

Die Abgeordnetenversammlung der KVSH hat in ihrer Sitzung am 20. November 2019 Änderungen im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) mit Wirkung zum 1. Januar 2020 beschlossen. Die aktuelle Fassung des HVM finden Sie auf unserer Homepage www.kvsh.de. Auf Anforderung wird der Text der Bekanntmachung in Papierform zur Verfügung gestellt, Telefon: 04551 883 486.