

- Zweitmeinungsverfahren: Abrechnungshinweis
- Abrechnung von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen
- Geburtshilfe: Höhere Bewertung der GOP 08411
- Neues Muster 4 ab 1. April 2019
- Ambulantes Operieren: Anpassung des Anhangs 2 EBM
- Ambulantes Operieren: Änderungen im Katalog zum AOP-Vertrag
- Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus
- Änderung der QS-Vereinbarung Zervix-Zytologie
- HVM: Abgeordnetenversammlung beschließt Änderungen

---

Für Rückfragen: Serviceteam der KVSH Tel. 04551 883 883

04.03.2019

---

## Zweitmeinungsverfahren: Abrechnungshinweis

Im Abrechnungsnewsletter vom 20. Dezember 2018 haben wir bereits über die Einführung des Zweitmeinungsverfahrens und die damit verbundenen Änderungen im EBM berichtet.

Durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung wurden die Codes zur Kennzeichnung des jeweiligen Zweitmeinungsverfahrens (88200A/B) jetzt als Pseudoziffern in die Stammdaten aufgenommen. Somit werden auch die Praxisverwaltungssysteme diese Pseudoziffern kennen.

Um die Abrechnung für den Zweitmeyer zu erleichtern, ist es rückwirkend ab 1. Januar 2019 nicht mehr notwendig, die Codes 88200 A/B, wie noch im Newsletter vom 20. Dezember 2018 vorgegeben, bei jeder Leistung, die im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens abgerechnet wird, im freien Begründungstextfeld einzutragen.

Zukünftig muss die Pseudoziffer 88200 A/B lediglich als LANR-bezogene Tageskennzeichnung in die Abrechnung eingetragen werden. Das bedeutet, die Pseudoziffer wird an dem Tag angesetzt, an dem das Zweitmeinungsverfahren durchgeführt und abgerechnet wird. Eine andere Kennzeichnung ist nicht mehr notwendig. Alle Leistungen an diesem Tag (in derselben Sitzung) werden durch die Pseudoziffer automatisch extrabudgetär im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens vergütet.

Das Zweitmeinungsverfahren gilt zunächst für das operative Entfernen der Mandeln bzw. von Teilen der Mandeln (Tonsillektomien, Tonsillotomien) sowie das operative Entfernen der Gebärmutter (Hysterektomie) und soll später um weitere Eingriffe ergänzt werden.

# Abrechnung von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen

Im Abrechnungsnewsletter vom 27. September 2018 haben wir über die neuen Abrechnungsregeln bei den Jugendarbeitsschutzuntersuchungen berichtet. Die Jugendarbeitsschutzuntersuchung wird über den Kostenträger „Staatliche Arbeitsschutzbehörde bei der Unfallkasse Nord“ (VKNR 01854) auf einem separaten Schein abgerechnet. Wurde der Patient in demselben Quartal schon wegen einer anderen Erkrankung behandelt, muss ein zweiter Schein angelegt werden, auf dem nur die Jugendarbeitsschutzuntersuchung abgerechnet wird.

---

## Geburtshilfe: Höhere Bewertung der GOP 08411

Aufgrund steigender Prämien für die Berufshaftpflichtversicherung in der Geburtshilfe hat der Bewertungsausschuss beschlossen, die Bewertung der GOP 08411 EBM rückwirkend zum 1. Januar 2019 anzuheben:

	Bewertung bis 31. Dezember 2018	Bewertung ab 1. Januar 2019
Ambulant	2030 Punkte	2787 Punkte
Belegärztlich	2409 Punkte	3308 Punkte

---

## Neues Muster 4 ab 1. April 2019

Zum 1. April 2019 ändert sich das Ordnungsformular für die Krankbeförderung (Muster 4). Es ist neu strukturiert und übersichtlicher gestaltet. Die konkrete Unterteilung in genehmigungsfreie und genehmigungspflichtige Fahrten dient unter anderem der besseren Orientierung. Alte Formulare dürfen aufgrund der Stichtagsregelung nicht aufgebraucht werden.

### Übergangsregelung für genehmigungsfreie Fahrten

Die kurzfristig eingeführte Regelung, dass bestimmte pflegebedürftige und schwerbehinderte Patienten bei Taxi- und Mietwagenfahrten keine Genehmigung ihrer Krankenkasse mehr einholen müssen, konnte noch nicht berücksichtigt werden. Die gesetzliche Neuerung gilt seit Jahresbeginn und soll bei der nächsten Überarbeitung des Formulars umgesetzt werden. Bis dahin gilt folgende Übergangsregelung: Ärzte und Psychotherapeuten kreuzen zwar weiterhin an, dass es sich um eine genehmigungspflichtige Taxi- oder Mietwagenfahrt handelt (Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5). Der Patient braucht die Genehmigung aber nicht einholen, sondern kann die Verordnung so wie sie ist bei Fahrtbeginn dem Transportdienst überreichen. Bis zur Anpassung des Formulars sollten Ärzte ihre Patienten möglichst darauf hinweisen.

Bei Fragen zum neuen Muster 4 wenden Sie sich an die Abteilung Struktur und Verträge:  
Telefon: 04551 883 931.

# Ambulantes Operieren: Anpassung des Anhangs 2 EBM

Zum 1. April 2019 wird der Anhang 2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) an den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) in der Version 2019 angepasst. Der Bewertungsausschuss beschloss im Rahmen dieser Aktualisierung die Neuaufnahme von OPS-Codes in den Anhang 2 zum EBM sowie die Streichung von OPS-Codes aus dem Anhang 2 zum EBM.

Zu den inhaltlichen Änderungen im OPS 2019 zählen u.a. die Aufnahme neuer Codes für die Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese, unterteilt nach der Art des Osteosynthesematerials und der Lokalisation (5-78a ff.) sowie die Aufnahme neuer Codes für die Exploration an Sehnen, Faszien und Muskeln (5-840.s ff., 5-842.9 ff., 5-843.c, 5-850.e ff., 5-850.f ff., 5-850.g ff.). Weiter wurde der Code für die offen chirurgische Stabilisierung der Thoraxwand (5-346.5) gestrichen und neue Codes für die offen chirurgische einseitige und beidseitige Stabilisierung der Thoraxwand, unterteilt nach der Anzahl der Rippen, aufgenommen (5-346.c ff., 5-346.d ff.). Durch die Aufnahme einer dritten Bestimmung in den Abschnitt 31.2.4 EBM (ambulantes Operieren) sowie einer zweiten Bestimmung in den Abschnitt 36.2.4 EBM (belegärztliche Leistungen) wird die Berechnungsfähigkeit der neu aufgenommenen OPS-Codes zur Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese konkretisiert.

Bis zum 31. März 2019 verschlüsseln Ärzte ihre Operationen und Prozeduren aus dem EBM Anhang 2 weiterhin mit der Version 2018.

Detaillierte Erläuterungen, eine Übersicht über die neuen bzw. gestrichenen OPS-Codes sowie einen Link zum EBM Anhang 2 finden Sie auf [www.kvsh.de](http://www.kvsh.de) im Bereich „Downloadcenter - Ambulante Operationen“.

---

## Ambulantes Operieren: Änderungen im Katalog zum AOP-Vertrag

Der Katalog zum AOP-Vertrag nach § 115b SGB V wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2019 angepasst. Im Abschnitt 1 des Katalogs ergab sich aufgrund der Überleitung der OPS-Version 2018 in die OPS-Version 2019 Anpassungsbedarf: Hier wurden erforderliche Änderungen der OPS-Texte vorgenommen. In den Abschnitten 2 und 3 gab es keine Änderungen. Den Vertrag zum Ambulanten Operieren nach § 115b SGB V und den Katalog 2019 finden Sie auf [www.kvsh.de](http://www.kvsh.de) im Bereich „Downloadcenter - Ambulante Operationen“.

Die entsprechende Änderungsvereinbarung befindet sich noch im Unterschriftenverfahren. Daher stehen die veröffentlichten Dateien noch unter dem Vorbehalt des Abschlusses des Unterschriftenverfahrens.

# Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus

Die Techniker Krankenkasse (TK) ist dem Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus mit der DAK Gesundheit rückwirkend zum 1. Januar 2019 beigetreten und erkennt alle Rechte und Pflichten des Vertrages an. Für Versicherte der TK können daher ab sofort alle Leistungen aus dem Vertrag erbracht und abgerechnet werden. Die Unterlagen zur Einschreibung von TK-Versicherten finden Sie auf unserer Homepage unter [www.kvsh.de](http://www.kvsh.de) im Bereich „Praxis/Downloadcenter/Verträge“.

---

## Änderung der QS-Vereinbarung Zervix-Zytologie

Zum 1. Januar 2019 traten einige Änderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie in Kraft:

### Jahresstatistik

Der Termin für die Übertragung der Jahresstatistik der zytologieverantwortlichen Ärzte an die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) ist jetzt der 31. August des Folgejahres. Der Termin für die Übermittlung der Daten von den KVen an die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist der 31. Dezember des Folgejahres (§ 8 Abs. 2 und 5 sowie § 12 Abs. 2).

### Überprüfung der Präparatequalität und der ärztlichen Dokumentation durch die Qualitätssicherungskommission der KV

Der Prüfzyklus für zytologieverantwortliche Ärzte, die die Überprüfung der Präparatequalität und der ärztlichen Dokumentation zweimal in Folge bestanden haben, wurde verlängert. Statt alle zwei Jahre erfolgt eine Prüfung dieser Ärzte dann nur noch alle vier Jahre (§ 7 Abs. 8). Der zweijährige Prüfzyklus setzt wieder ein, sofern eine Überprüfung nicht bestanden wurde.

Die neue Fassung der Vereinbarung finden Sie auf unserer Homepage unter [www.kvsh.de](http://www.kvsh.de) im Bereich „Praxis/Downloadcenter/Genehmigungspflichtige Leistungen/Zytologie“.

---

## HVM: Abgeordnetenversammlung beschließt Änderungen

Die Abgeordnetenversammlung der KVSH hat in ihrer Sitzung am 27. Februar 2019 Änderungen im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) mit Wirkung zum 1. April 2019 beschlossen. Die aktuelle Fassung des HVM finden Sie auf unserer Homepage [www.kvsh.de](http://www.kvsh.de). Auf Anforderung wird der Text in Papierform zur Verfügung gestellt, Telefon: 04551 883 486.