

- EBM-Reform zum 1. April 2020: Übersicht fachgruppenspezifischer Anpassungen
- Ambulante Leistungserbringung neben stationärem Krankenhausaufenthalt
- Unnötige Papierunterlagen bei der Abgabe der Abrechnung
- Höherbewertung psychotherapeutischer Zuschläge ab 1. Januar 2020
- Ambulantes Operieren: Anpassung des Anhangs 2 EBM zum 1. April 2020
- Gesetzliche Unfallversicherung: Anpassung UV-GOÄ und Arztervertrag
- Angaben zur Barrierefreiheit im eKVSH-Portal
- Änderung der Anlage 2 zum HVM „Zuschläge zu HVM-gestützten Leistungen“
- HVM: Abgeordnetenversammlung beschließt Änderungen

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

12.03.2020

EBM-Reform zum 1. April 2020: Übersicht fachgruppenspezifischer Anpassungen

Wir möchten Sie darüber informieren, dass die KVSH voraussichtlich in der 13. KW fachgruppenbezogen über alle relevanten Anpassungen und Änderungen im Rahmen der EBM-Reform berichten wird. Die Veröffentlichung erfolgt über den neugestalteten Internetauftritt der KVSH unter www.kvsh.de. Dort werden für jede Fachgruppe separat die wesentlichen Anpassungen vorgestellt und zusätzlich ein Datenblatt zum Herunterladen bereitgestellt. Sobald die Informationen zur EBM-Reform auf www.kvsh.de zur Verfügung stehen, werden wir Sie umgehend per Newsletter informieren.

Ambulante Leistungserbringung neben stationärem Krankenhausaufenthalt

Aus aktuellem Anlass möchten wir Sie über die Möglichkeit einer ambulanten Behandlung während eines stationären Krankenhausaufenthaltes informieren.

Gemäß § 2 Abs. 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. § 2 Abs. 2 Bundespflegesatzverordnung (BpflV) gehören zu den allgemeinen Krankenhausleistungen auch die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter, sofern diese für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden durch Fallpauschalen, Zusatzentgelte oder tagesgleiche Pflegesätze vergütet. Nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehört im somatischen Bereich eine Dialyse, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, das Krankenhaus keine eigene Dialyseeinrichtung hat und ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung nicht besteht. Bei einer stationären Behandlung in einer psychiatrischen Klinik oder Abteilung gehört die Dialyse grundsätzlich nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen.

Eine während der stationären Behandlung notwendige und durch das Krankenhaus veranlasste ambulante Behandlung ist also Bestandteil der allgemeinen Krankenhausleistungen.

Die ambulante Behandlung durch niedergelassene Vertragsärzte und -psychotherapeuten ist während eines stationären Krankenhausaufenthaltes möglich, setzt jedoch einen Honorarvertrag mit dem Krankenhaus voraus. Das Krankenhaus kann diese Leistungen gegenüber den Krankenkassen geltend machen. Eine Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung ist nicht zulässig.

Unnötige Papierunterlagen bei der Abgabe der Abrechnung

Im Abrechnungsprozess stellen wir regelmäßig fest, dass mit der Abrechnung neben relevanten auch unnötige Papierunterlagen (z. B. Überweisungsscheine) an die KVSH geschickt werden. Diese Papierunterlagen werden für die Verarbeitung der Abrechnung nicht benötigt und müssen zum Beispiel in der Praxis aufbewahrt werden oder an andere zuständige Stellen (Krankenkassen, Arbeitsschutzbehörde usw.) übersandt werden. Wir möchten Sie bitten, vor der Abgabe der nächsten Abrechnungen die Papierunterlagen auf Relevanz zu prüfen und nur solche an die KVSH zu schicken, die für die Abrechnung benötigt werden.

Unter www.kvsh.de/praxis/abrechnung-und-honorar/abrechnung/quartalsabrechnung finden Sie eine „Checkliste für Praxen“. Diese Liste hilft Ihnen bei der Überprüfung, welche Papierunterlagen an die KVSH geschickt werden müssen und welche nicht.

Höherbewertung psychotherapeutischer Zuschläge ab 1. Januar 2020

Die Zuschläge auf psychotherapeutische Einzeltherapien, Gruppentherapien und Sprechstunden/Akutbehandlungen werden ab 1. Januar 2020 höher bewertet. Der Bewertungsausschuss hat die Zuschläge nach den GOP 35571 bis 35573 EBM überprüft und eine Anhebung rückwirkend zum 1. Januar 2020 beschlossen. Die Höherbewertung ist zur Berücksichtigung der normativen Personalkosten für eine sozialversicherungspflichtige Halbtagskraft erforderlich.

GOP	Inhalt	Bewertung bis 31.12.2019	Bewertung ab 01.01.2020
35571	Zuschlag Einzeltherapie	166 Punkte	173 Punkte
35572	Zuschlag Gruppentherapie	70 Punkte	73 Punkte
35573	Zuschlag Sprechstunde/Akutbehandlung	84 Punkte	88 Punkte

Ambulantes Operieren: Anpassung des Anhangs 2 EBM zum 1. April 2020

Zum 1. April 2020 wird der Anhang 2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) an den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) in der Version 2020 angepasst. Der Bewertungsausschuss beschloss im Rahmen dieser Aktualisierung die Neuaufnahme sowie die Streichung von OPS-Codes im Anhang 2 zum EBM. Die Anpassungen beruhen auf der jährlichen Aktualisierung des OPS durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).

Die inhaltlichen Änderungen umfassen unter anderem die Aufnahme neuer OPS-Kodes für:

- Partielle transorale Tonsillektomie mit Adenotomie (5-282.1). Im Zusammenhang mit den Anpassungen zur partiell transoralen Tonsillotomie mit Adenotomie wurde eine neue Bestimmung in die Präambel 2.1 zum Anhang 2 des EBM aufgenommen.
- Laparoskopisch transperitonealer Verschluss einer Hernia umbilicalis (5-534.36, 5-534.37), Hernia epigastrica (5-535.36, 5-535.37) und Narbenhernie (5-536.49, 5-536.4a) mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material nach Art der angewendeten Technik
- Operative Stabilisierung einer Pseudarthrose ohne weitere Maßnahmen, unterteilt nach Lokalisation (5-789.c ff.)
- Einlegen oder Entfernen eines Medikamententrägers an den Faszien eines oder mehrerer Finger (5-842.a ff., 5-842.b ff.), an den Muskeln der Hand (5-843.d, 5-843.e) und eines subfaszialen Medikamententrägers, unterteilt nach Lokalisation (5-850.h ff., 5-850.j ff.)

Zusätzlich werden mit dem vorliegenden Beschluss Anpassungen von Zeitkategorien für einzelne OPS-Kodes umgesetzt. Diese betreffen operative Maßnahmen zur Senkung des Augeninnendrucks durch filtrierende Operationen sowie Operationen im Bereich der vaginalen Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik zur Scheidenstumpf-, Zervixstumpf- und Uterusfixation.

Bis zum 31. März 2020 verschlüsseln Ärzte ihre Operationen und Prozeduren aus dem EBM Anhang 2 weiterhin mit der Version 2019. Detaillierte Erläuterungen, eine Übersicht der neuen bzw. gestrichenen OPS-Kodes sowie einen Link zum Anhang 2 EBM finden Sie unter www.kvsh.de/praxis/vertraege/ambulante-operationen.

Gesetzliche Unfallversicherung: Anpassung UV-GOÄ und Arztevertrag

Zum 1. Januar 2020 haben die Partner des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger Änderungen des Leistungs- und Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen in der gesetzlichen Unfallversicherung (UV-GOÄ) und des Gebührenverzeichnisses Psychotherapeutenverfahren der gesetzlichen Unfallversicherungsträger beschlossen.

Im Bereich G „Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie“ werden die neuen Gebühren der Nummer 800 für die Allgemeine und Besondere Heilbehandlung wie folgt erhöht:

- Allgemeine Heilbehandlung: 16,61 Euro (bisher: 15,43 Euro)

- Besondere Heilbehandlung: 20,66 Euro (bisher: 19,19 Euro)

Sie werden zusätzlich mit der nächsten Stufe der turnusmäßigen Erhöhungen der Gebühren der UV-GOÄ zum 1. Oktober 2020 um je 3 Prozent angepasst. Zudem ist in der Leistungslegende klargestellt worden, dass auch Neuropädiater die Gebühr nach Nummer 800 abrechnen dürfen.

Die Vordrucke F3110 (Belastungserprobung) einschließlich Anlage F3112 (Arbeitsplatzbeschreibung) wurden nach Nummer 117 abgerechnet, eine eigene Gebühr fehlte. Seit dem 1. Januar 2020 ist eine neue Nummer 116 eingefügt worden, nach der die Leistung für 18,49 Euro abgerechnet werden kann. Auch diese Gebühr wird mit der nächsten Gebührenerhöhung am 1. Oktober 2020 um 3 Prozent erhöht.

Die Gebührennummern P23 bis P39 der Anlage 2 des Gebührenverzeichnisses Psychotherapeutenverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung sind seit dem 1. Januar 2020 deutlich angehoben worden. Zudem ist eine neue Nummer P33 eingefügt worden, nach der die Erstellung einer biografischen Anamnese unter Einbeziehung der erhobenen Daten einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden kann. Die neue Gebühr beträgt 75 Euro. Nähere Informationen sowie die UV-GOÄ finden Sie auf der Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de/html/uv.php.

Angaben zur Barrierefreiheit im eKVSH-Portal

Im eKVSH-Portal haben wir ergänzende Änderungen vorgenommen, damit Sie Ihre Angaben zur Praxis vervollständigen können. Seit Anfang Februar sind Angaben zur Barrierefreiheit möglich. Bei Einreichung der Abrechnung für das 1. Quartal 2020 werden wir Sie daran erinnern und bitten darum, spätestens dann die Angaben zu machen, damit sich Patienten in der Online-Arztsuche der KVSH über barrierearme Praxen in Schleswig-Holstein informieren können.

Änderung der Anlage 2 zum HVM „Zuschläge zu HVM-gestützten Leistungen“

Der Zuschlag zur Gastroskopie (GOP 13400 EBM) wurde aufgrund der Aufwertung der Leistungen durch die EBM-Reform entsprechend abgesenkt und beträgt ab dem 2. Quartal 2020 9,55 Euro.

HVM: Abgeordnetenversammlung beschließt Änderungen

Die Abgeordnetenversammlung der KVSH hat in ihrer Sitzung am 26. Februar 2020 Änderungen im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) mit Wirkung zum 1. April 2020 beschlossen. Die aktuelle Fassung des HVM finden Sie unter www.kvsh.de/praxis/rechtsvorschriften/honorarverteilungsmaassstab-hvm.

Auf Anforderung wird der Text der Bekanntmachung in Papierform zur Verfügung gestellt,
Telefon: 04551 883 486.

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