

- **Pränataldiagnostik zur Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors**
- **Kryokonservierung: Neue EBM-Leistungen zum 1. Juli 2021**
- **Aufnahme weiterer biomarkerbasierter Tests in den EBM zum 1. Juli 2021**
- **Arzneimittel Kanuma®: Neue EBM-Leistungen zum 1. Juli 2021**
- **Zweitmeinungsverfahren: Neue Indikation und Erbringung per Videosprechstunde**
- **Substitutionsbehandlung: GOP 01953 verlängert bis 30. September 2021**
- **Abrechnung ambulantes Monitoring ab 2/2021**

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

30.06.2021

Pränataldiagnostik zur Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors

Der G-BA hat mit Beschluss vom 20. August 2020 einen nicht invasiven Pränataltest zur Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors D bei RhD-negativen Schwangeren mit einer Einlingsschwangerschaft zur Vermeidung einer mütterlichen Rhesussensibilisierung in die Richtlinien des G-BA über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) aufgenommen. Nun hat der Erweiterte Bewertungsausschuss zum 1. Juli 2021 neue GOP 01788 zur Abbildung der Beratung und GOP 01869 für die pränatale Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors D in den Abschnitt 1.7.4 EBM aufgenommen. Die Untersuchung des RHD-Gens erfolgt an fetaler DNA aus mütterlichem Blut. Es ist ein validiertes Testverfahren anzuwenden, welches die in den Mutterschafts-Richtlinien festgelegten Testgütekriterien erfüllt.

GOP	Bezeichnung der Leistung	Bewertung
01788	Beratung nach GenDG zum nicht-invasiven Pränataltest Rhesus D (NIPT-RhD) gemäß Abschnitt C und Anlage 7 der Mutterschafts-Richtlinien	84 Punkte
01869	Pränatale Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors D durch Untersuchung des RHD-Gens an fetaler DNA aus mütterlichem Blut von RhD-negativen Schwangeren mit einer Einlingsschwangerschaft im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge	905 Punkte

Qualifikationsvoraussetzungen

Die Berechnung der GOP 01869 setzt eine Genehmigung der KV nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor voraus.

Die GOP 01788 ist nur von folgenden Ärzten berechnungsfähig:

- Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die die Qualifikationsvoraussetzung zur fachgebundenen genetischen Beratung gemäß Gendiagnostikgesetz und Richtlinie der Gendiagnostikkommission erfüllen
- Fachärzte für Humangenetik
- auf dem Fachgebiet entsprechend qualifizierte Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik.

Kryokonservierung: Neue Leistungen im EBM zum 1. Juli 2021

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 16. Juli 2020 die Richtlinie zur Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie beschlossen. Der Beschluss des G-BA ist am 20. Februar 2021 in Kraft getreten. Demnach haben gesetzlich Krankenversicherte Anspruch auf die entsprechenden Leistungen, wenn die Kryokonservierung wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie medizinisch notwendig erscheint, um spätere Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft vornehmen zu können. Der Anspruch besteht für weibliche Versicherte bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres und für männliche Versicherte bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres. Die Leistungen sind zuzahlungsfrei.

Ab 1. Juli 2021 werden die Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie über den EBM abgerechnet. Dazu wurde der neue Abschnitt 8.6 in den EBM aufgenommen.

Die Abbildung der Sachkosten für die Lagerung des Materials erfolgt über die Aufnahme neuer Kostenpauschalen in einem neuen Abschnitt 40.12 EBM. Für die Transportkosten wurde keine eigene Kostenpauschale, sondern eine Bestimmung in die Präambel 40.12 EBM aufgenommen, die eine gesonderte Abrechnung der Kosten für den Transport ermöglicht.

Mit Wirkung zum 1. Juli 2021 werden noch begleitende Regelungen zur Abrechnung der Kostenpauschalen sowie für Übergangsfälle im Bundesmantelvertrag vereinbart.

Für Versicherte, die aufgrund einer Behandlung mit keimzellschädigender Therapie ihre Ei- oder Samenzellen oder männliches Keimzellgewebe auf eigene Kosten bereits haben kryokonservieren lassen oder mit Maßnahmen zur Kryokonservierung begonnen haben, besteht ab Inkrafttreten der Umsetzung der Kryo-Richtlinie im EBM Anspruch auf die Leistungen. Die entsprechenden Leistungen werden auf Antrag der Versicherten gewährt.

Neuer Abschnitt 8.6 im EBM:

GOP	Bezeichnung der Leistung	Bewertung
08619	Erstberatung durch den die Grunderkrankung diagnostizierenden oder behandelnden Arzt	90 Punkte
08621	Reproduktionsmedizinische Beratung und Aufklärung zu den dazugehörigen medizinischen Maßnahmen	128 Punkte
08623	Andrologische Beratung und Aufklärung bei Männern mit bestimmter Indikation	90 Punkte
08635	Stimulationsbehandlung zur Kryokonservierung von Eizellen	1991 Punkte
08637	Ultraschallgezielte und/oder laparoskopische Follikelpunktion zur intendierten Eizellentnahme im Zusammenhang mit der Kryokonservierung von Eizellen	365 Punkte
08638	Zuschlag zur GOP 08637 bei ambulanter Follikelpunktion	447 Punkte
08639	Identifizierung von Eizelle(n) in der Follikelflüssigkeit und Beurteilung der Reifestadien der Eizelle(n) zur Kryokonservierung	157 Punkte
08640	Gewinnung, Untersuchung und Aufbereitung des Spermias zur Kryokonservierung	168 Punkte

08641	Aufbereiten und Untersuchung von Hodengewebe nach testikulärer Spermienextraktion zur Kryokonservierung	242 Punkte
08644	Aufbereiten und Einfrieren der/den Eizelle(n)	1312 Punkte
08645	Aufbereiten und Einfrieren von Samenzellen oder Keimzellgewebe	987 Punkte
08646	Auftauen und Aufbereiten der/den Eizelle(n)	584 Punkte
08647	Auftauen und Aufbereiten von Samenzellen oder Keimzellgewebe	384 Punkte
08648	Spermienpräparation aus Hodengewebe nach testikulärer Spermienextraktion und Aufbereiten nach Kryokonservierung	300 Punkte

Neuer Abschnitt 40.12 im EBM:

GOP	Bezeichnung der Leistung	Bewertung
40700	Kostenpauschale für die Lagerung	68 €
40701	Zuschlag zur Kostenpauschale 40700 für die Lagerung unter Quarantänebedingungen	10 €
Präambel 40.12	Für Transportkosten wurde eine Bestimmung in die Präambel des Abschnitts 40.12 aufgenommen, die eine gesonderte Abrechnung ermöglicht	

Die Vergütung der neu aufgenommenen Gebührenordnungspositionen (GOP) der Abschnitte 8.6 und 40.12 EBM sowie der Begleitleistungen, die nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen zu kennzeichnen sind, erfolgt dauerhaft extrabudgetär.

Mögliche Begleitleistungen finden Sie im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 562. Sitzung vom 9. Juni 2021 unter https://www.kbv.de/html/beschluesse_des_ba.php.

Eine Regelung zur Kennzeichnung dieser Begleitleistungen ist derzeit noch nicht vorhanden. Sobald eine bundeseinheitliche Kennzeichnung zur Verfügung steht, werden wir darüber informieren.

Aufnahme weiterer biomarkerbasierter Tests zum 1. Juli 2021 in den EBM

Bereits im Oktober 2020 hatte der Gemeinsame Bewertungsausschuss drei weitere Biomarker-Tests, EndoPredict®, MammaPrint® und Prosigna®, zur Ermittlung des Rezidivrisikos bei Brustkrebs beschlossen. Nun ist auch die Vergütung geregelt und somit stehen ab dem 01. Juli vier verschiedene Verfahren zur Verfügung. Die Biomarker-Tests sollen die Entscheidung für oder gegen eine adjuvante systemische Chemotherapie unterstützen, wenn diese aufgrund klinischer und pathologischer Kriterien allein nicht eindeutig getroffen werden kann. Die Tests können nur bei Patientinnen mit einem primären Hormonrezeptor-positiven, HER2/neu-negativen, nodal-negativen und nicht metastasierten Mammakarzinom eingesetzt werden. Die neuen Leistungen sind in den Abschnitt 19.4.5 EBM aufgenommen worden.

GOP	Bezeichnung der Leistung	Bewertung
19503	EndoPredict®	1699,80 €
19504	MammaPrint®	2100,29 €
19505	Prosigna®	2100,29 €

Zudem ist zusätzlich folgende Leistung im Abschnitt 19.4.1 EBM berechnungsfähig:

GOP	Bezeichnung der Leistung	Bewertung
19402	wissenschaftliche ärztliche Beurteilung komplexer krankheitsrelevanter tumorgenetischer Analysen	46,28 €

Die Aufarbeitung einer Gewebeprobe nach der GOP 19501 (552 Punkte / 61,41 Euro) kann ausschließlich in Zusammenhang mit der Veranlassung des biomarkerbasierten Tests Oncotype DX® nach der GOP 19502 (3296,50 Euro) abgerechnet werden. Die Patientinnen müssen im ärztlichen Gespräch über den Test aufgeklärt worden sein. Zu den Fachgruppen, die die Test-Aufklärung durchführen dürfen, gehören Gynäkologen mit dem Schwerpunkt gynäkologische Onkologie, Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie Internisten oder Gynäkologen mit dem Nachweis der Zusatzweiterbildung „Medikamentöse Tumortherapie“.

Arzneimittel Kanuma®: Neue Leistungen zum 1. Juli 2021

Eine neue Leistung für Kinder- und Jugendärzte, die über eine Berechtigung zur Abrechnung der Abschnitte 4.4 und 4.5 EBM verfügen, sowie für Internisten wird zum 1. Juli 2021 in den Abschnitt 2.1 des EBM aufgenommen:

GOP	Bezeichnung der Leistung	Bewertung
02102	Infusion mit Sebelipase alfa (Handelsname Kanuma®)	165 Punkte

Die Vergütung erfolgt zunächst außerhalb der MGV.

Da eine Beobachtungsleistung unter bestimmten Bedingungen medizinisch geboten sein kann, wird die Beobachtung und Betreuung eines Kranken bei der Gabe von Sebelipase alfa mit Wirkung zum 1. Juli 2021 in die bestehende GOP 01514 im Abschnitt 1.5 des EBM integriert.

Unter einer Enzyersatztherapie mit Kanuma® können sich spezifische Antikörper entwickeln und eine schwere Immunreaktion auslösen oder die therapeutische Wirkung kann ausbleiben. Eine Untersuchung auf spezifische Anti-Drug-Antikörper wird somit ebenfalls zum 01. Juli 2021 neu in den EBM aufgenommen:

GOP	Bezeichnung der Leistung	Bewertung
32481	Nachweis von Anti-Drug-Antikörpern gemäß Fachinformation eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff Sebelipase alfa	28,70 €

Die Vergütung erfolgt zunächst ebenfalls außerhalb der MGV.

Zweitmeinungsverfahren: Neue Indikation und Erbringung per Videosprechstunde

Das Zweitmeinungsverfahren wurde um die Indikation der Amputation bei diabetischem Fußsyndrom ergänzt. Gesetzlich Versicherte haben vor bestimmten planbaren Eingriffen einen Anspruch auf eine zweite ärztliche Meinung als Kassenleistung. Mit der Ergänzung der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren um die Amputation bei diabetischem Fußsyndrom (bei planbarer Minoramputationen (bis unterhalb des Knöchels) oder Majoramputationen (oberhalb des Knöchels) bei Diabetikern) ist nun eine qualifizierte ärztliche Zweitmeinung bei insgesamt fünf Indikationen möglich: Gebärmutterentfernungen, Mandeloperationen, Schulterarthroskopien, Implantationen von Knieendoprothesen sowie künftig Amputationen beim diabetischen Fuß.

Ärzte sind verpflichtet, Patienten über ihren Rechtsanspruch auf eine Zweitmeinung zu informieren, wenn sie die Indikation für einen dieser planbaren Eingriffe stellen. Für die Aufklärung und Beratung im Zusammenhang mit dem Zweitmeinungsverfahren sowie Zusammenstellung der Patientenunterlagen vor der geplanten Amputation ist für den indikationsstellenden Arzt (Erstmeiner) die GOP 01645D vorgesehen.

GOP	Inhalt
01645D	Aufklärung und Beratung sowie Zusammenstellung der Patientenunterlagen gemäß § 6 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zweitmeinungsverfahren

Zum 1. Juli 2021 wird die GOP 01645 für die Aufklärung und Beratung durch den Erstmeiner in die Präambeln der Kapitel 3.1 Nummer 3 und 13.1 Nummer 6 EBM aufgenommen.

Der Arzt, der die Zweitmeinung abgibt, rechnet für den Patienten seine jeweilige arztgruppenspezifische Grund- oder Konsiliarpauschale ab. Durch den „Zweitmeiner“ erfolgt eine indikationsspezifische Kennzeichnung aller im Zweitmeinungsverfahren durchgeführten und abgerechneten Leistungen als Freitext im Feld freier Begründungstext (KVDT-Feldkennung 5009) mit dem Code 88200D (Pseudo-GOP).

Notfallmäßige Amputationen, zum Beispiel aufgrund einer akut drohenden Sepsis, sind von der Zweitmeinung ausgenommen. Um eine Zweitmeinung abrechnen zu können, benötigen Ärzte eine Genehmigung der zuständigen KV. Die Vergütung ist für alle Zweitmeinungsverfahren unabhängig vom jeweiligen Eingriff gleich. Sie erfolgt extrabudgetär.

Das Einholen einer Zweitmeinung ist jetzt auch im Rahmen einer Videosprechstunde möglich.

Erfolgt die ärztliche Zweitmeinung im Rahmen einer Videosprechstunde (Anlage 31b BMV-Ärzte) sind zu den jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen folgende Gebührenordnungspositionen abrechenbar:

GOP	Inhalt	Bewertung
01444	Zuschlag Authentifizierung	1,11 €
01450	Zuschlag Videosprechstunde	4,45 €

Es gelten die gleichen Abrechnungsbestimmungen, wie sie für die Abrechnung der Videosprechstunde außerhalb des Zweitmeinungsverfahrens vorgesehen sind.

Substitutionsbehandlung: GOP 01953 verlängert bis 30. September 2021

Der BA hatte zum 1. April 2020 die Behandlung von Opioidabhängigen mit einem Depotpräparat im EBM abgebildet und hierfür die neue GOP 01953 aufgenommen. Die Regelungen waren ursprünglich befristet bis zum 30. September 2020 und wurden dann verlängert, zunächst bis Ende und dann bis 30. Juni 2021. Nach der erneuten Verlängerung wird nun bis zum 1. September 2021 geprüft, ob eine weitere Verlängerung oder Anpassung der Regelungen zur GOP 01953 erforderlich ist.

Abrechnung ambulantes Monitoring ab 2/2021

Bitte denken Sie daran, Ihre Abrechnung für das Monitoring über das eKVSH-Portal zu dokumentieren. Eine Übersicht noch ausstehender Dokumentationen haben wir Ihnen im eKVSH-Portal bereitgestellt. Eine Vergütung über die Quartalsabrechnung findet ab 2/2021 nicht mehr statt.

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