

- **Kinder-Richtlinie: Überschreitung der Toleranzzeiten ab U6**
- **Früherkennung bei Kindern ohne eGK: Hinweis zur Abrechnung**
- **TSVG: Verpflichtende Kennzeichnung der TSS-Termin- und Akutfälle**
- **Neue GOP zur Anwendung des Arzneimittels Hepcludex®**
- **Neue GOP zur Anwendung des Arzneimittels Piqray®**
- **Portopauschalen im Laborbereich**
- **Wegegeld für Anästhesisten**
- **Anästhesie: Abrechnung zahnärztlicher Narkosen nach Kapitel 5 EBM**
- **HVM: Abgeordnetenversammlung beschließt Änderungen**

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

18.03.2021

Kinder-Richtlinie: Überschreitung der Toleranzzeiten ab U6

Vor dem Hintergrund der Coronavirus-Pandemie können die Kinder-Untersuchungen U6, U7, U7a, U8 sowie U9 auch weiterhin bei Überschreitung der Untersuchungszeiträume und Toleranzzeiten durchgeführt und gemäß der entsprechenden Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM abgerechnet werden. Diese Regelung gilt bis zum Ablauf von drei Monaten nach der Beendigung der vom Deutschen Bundestag festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 Infektionsschutzgesetz. Aktuell gab es eine dreimonatige Verlängerung dieser Feststellung durch den Deutschen Bundestag bis zum 30. Juni 2021. Die Überschreitung der Toleranzzeiten ist daher mindestens bis zum 30. September 2021 möglich.

Früherkennung bei Kindern ohne eGK: Hinweis zur Abrechnung

Zum 1. Oktober 2020 wurde durch die Änderungen in den § 19 und § 22 Bundesmantelvertrag-Ärzte geregelt, dass die Abrechnung über das **Ersatzverfahren** durchzuführen ist, wenn für Kinder bis zum vollendeten 3. Lebensmonat zum Zeitpunkt der Arzt-/Patientenbegegnung beziehungsweise der Früherkennungsuntersuchungen noch keine elektronische Gesundheitskarte (eGK) vorliegt. Darüber haben wir Sie im Newsletter vom 23. September 2020 informiert. Bitte achten Sie deshalb darauf, dass die Abrechnung in diesen Fällen **nicht über die eGK der Eltern** erfolgt. Diese Abrechnungsvorgabe gilt analog für die Abrechnung im belegärztlichen Bereich.

TSVG: Verpflichtende Kennzeichnung der TSS-Termin- und Akutfälle

Erfolgt die Behandlung eines Patienten über eine Zuweisung durch die Terminservicestelle in Verbindung mit einem Vermittlungscode, erhält der betroffene Arzt den Zuschlag zur Versicherten- bzw. Grundpauschale seines EBM-Kapitels und kennzeichnet den Behandlungsschein als TSS-Akut- oder Terminfall. Die Höhe der Vergütung ist von der Wartezeit abhängig, wann der Patient den Erstkontakt mit der Terminservicestelle hatte und dem eigentlichen Behandlungstag in der Praxis. Mit einem Buchstaben (z.B. GOP 08228B) geben Ärzte an, wann der TSS-Termin zustande kam:

- innerhalb der ersten 8 Tagen = B
- innerhalb von 9 bis 14 Tagen = C
- innerhalb von 15 bis 35 Tagen = D
- bei einem TSS-Akutfall: verpflichtend innerhalb von 24 Stunden durchzuführen = A

Wir möchten hiermit noch einmal auf die verpflichtende Kennzeichnung der Vermittlungsart und der Angaben „Vermittlungsdatum“ und „Vermittlungscode“ zum Zuschlag hinweisen, welche im eKVSH-Portal zum Patienten hinterlegt sind und bei der Abrechnung des Zuschlages mit angegeben werden müssen.

Neue GOP zur Anwendung des Arzneimittels Hepcludex® zum 1. April 2021

Die Anwendung des Arzneimittels Hepcludex® zur Behandlung der chronischen Hepatitis D setzt einen positiven Nukleinsäurenachweis der HDV-RNA voraus. Diese Untersuchung wird nach der GOP 32855 zum 1. April 2021 neu in den EBM aufgenommen. Nach Absetzen des Arzneimittels ist eine engmaschige Überwachung zum Ausschluss einer möglichen Reaktivierung einer Hepatitis B und Hepatitis D durch die Bestimmung der HBV-DNA und HDV-RNA erforderlich. Der in unterschiedlicher Empfehlungsstärke auch in weiteren Arzneimittel-Fachinformationen gegebene Hinweis auf die Notwendigkeit einer Überwachung einer möglichen Reaktivierung einer Hepatitis-B-Infektion wird mit diesem Beschluss ebenfalls umgesetzt. Diese Untersuchungen werden nach den GOP 32856 und 32857 ebenfalls neu in den EBM aufgenommen. In der Bewertung der GOP 32857 wurde die erwartete Häufigkeit der Untersuchung berücksichtigt.

GOP	Bezeichnung der Leistung	Bewertung
32855	Nukleinsäurenachweis von HDV	19,90 Euro
32856	Quantitative Bestimmung der Hepatitis D-Virus-RNA	89.50 Euro
32857	Quantitative Bestimmung der Hepatitis B-Virus-DNA	79,60 Euro

Die Abrechnung der GOP 32855 und 32856 setzt eine Indikationsstellung gemäß der Fachinformation Hepcludex® voraus. Die GOP 32857 kann sowohl für Hepcludex® als auch im Zusammenhang mit der Anwendung anderer Arzneimittel berechnet werden. Die Finanzierung der Leistungen nach den GOP 32855 bis 32857 erfolgt zunächst bis zum 31. März 2023 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Neue GOP zur Anwendung des Arzneimittels Piqray® zum 1. April 2021

Die Anwendung des Arzneimittels Piqray® erfolgt zur gezielten Behandlung von postmenopausalen Frauen und von Männern mit einem Hormonrezeptor (HR)-positiven, humanen epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2) negativen lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Mammakarzinom (bei Fortschreiten der Erkrankung nach endokriner Therapie), bei denen eine PIK3CA-Mutation am Tumorgewebe oder in einer Plasmaprobe nachgewiesen wurde. Zur Bestimmung des PIK3CA-Mutationsstatus oder dem gezielten Nachweis einer Mutation im PIK3CA-Gen unter Verwendung von zirkulierender Tumor-DNA werden zum 1. April 2021 folgende GOP in den EBM-Abschnitt 19.4.4 aufgenommen:

GOP	Bezeichnung der Leistung	Bewertung
19462	Bestimmung des PIK3CA-Mutationsstatus	3934 Punkte
19463	Gezielte Bestimmung von PIK3CA-Mutationen	2100 Punkte

Die Abrechnung setzt eine Indikationsstellung gemäß der Fachinformation Piqray® voraus. Vergütet werden die neuen Leistungen extrabudgetär.

Portopauschalen im Laborbereich

Die zum 1. Juli 2020 befristet eingeführten Zuschläge nach den GOP 01699 beziehungsweise 12230 EBM im Laborbereich werden bis Jahresende weitergezahlt. Der Grund ist, dass die Beratungen zur Neuregelung der Transportkosten für Laborproben (Kostenpauschale 40100) noch andauern. Der Bewertungsausschuss hat beschlossen, die zeitliche Befristung des schriftlichen Beschlusses der 481. Sitzung, Teil D, bis zum 31. Dezember 2021 zu verlängern. Die Zusatzpauschalen waren im Zusammenhang mit der Einführung der neuen Portopauschalen zum 1. Juli 2020 eingeführt worden. Sie sollten ursprünglich nur bis zur Neuregelung der Transportkosten gezahlt werden.

Wegegeld für Anästhesisten

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben sich darauf verständigt, dass Wegekosten nicht in der GOP 05230 (Aufwandsersatzung für das Aufsuchen eines Kranken) enthalten sind.

Rückwirkend ab dem 1. Januar 2021 ist der Ansatz des Wegegeldes durch den Anästhesisten neben der GOP 05230 EBM somit zulässig. Entsprechend den Gesamtverträgen erhalten Fachärzte für das Aufsuchen eines Kranken die Wegekosten erstattet. Anders als bei der Wegegeldberechnung im Rahmen der Besuche nach GOP 01410 bis 01415, ist in der Abrechnung nicht zu erkennen, ob es sich bei dem Ansatz um einen weiteren Patienten am selben Behandlungstag und -ort handelt (Mitbesuch). Hier ist der Ansatz von Wegekosten nicht zulässig. Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, dass der Anästhesist im freien Begründungstext den Eintrag „Mitbesuch“ vornimmt.

Die Abrechnung der Wegekosten zur GOP 05230 erfolgt beim Aufsuchen des ersten Patienten durch den Anästhesisten wie folgt:

Primärkassen

Innerhalb geschlossener Ortschaften:

- GOP 05230 (Wegegeldpauschale wird durch KVSH zugesetzt)

Außerhalb geschlossener Ortschaften:

- GOP 05230 Doppelkilometern (DKM)

Ersatzkassen

- 99095 bis 2 km
- 99096 bis 5 km
- 99097 mehr als 5 km

Hinweis: Da es sich bei der GOP 05230 um eine Leistung im Rahmen der Sprechstundenzeiten handelt, sind Wegekosten in der Nacht von dieser Regelung ausgeschlossen.

Anästhesie: Abrechnung zahnärztlicher Narkosen nach Kapitel 5 EBM

Seit dem 4. Quartal 2015 konnten Anästhesisten zahnärztliche Narkosen bei Operationen durch den Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen nach dem Kapitel 31.5 abrechnen, auch wenn die Operation gegenüber der KZV geltend gemacht wird. Diese abgerechneten Fälle standen unter dem Vorbehalt der sachlich-rechnerischen Korrektur und waren mit der Pseudoziffer 99887Z zu kennzeichnen bis ein rechtskräftiges Urteil diese Abrechnungsvoraussetzungen für zulässig erklärt.

Das Bundessozialgericht hat nun am 25. November 2020 entschieden (B6 KA 2819R), dass diese Abrechnung zahnärztlicher Narkosen **ausschließlich über das Kapitel 5 EBM** erfolgen darf, wenn ambulante Operationen gegenüber der KZV zur Abrechnung kommen. Damit entfällt die Fallkennzeichnung nach 99887Z durch den Anästhesisten bereits zum 1. Quartal 2021. Die Abrechnung dieser zahnärztlichen Narkosen muss somit nach dem Kapitel 5 EBM erfolgen. Die KVSH wird im Rahmen der Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit eine Korrektur der entsprechend gekennzeichneten Leistungen auch zurückliegender Quartale vornehmen.

HVM: Abgeordnetenversammlung beschließt Änderungen

Die Abgeordnetenversammlung der KVSH hat im schriftlichen Verfahren mit vorhergehender Beratung per Videokonferenz am 24. Februar 2021 Änderungen im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) mit Wirkung zum 1. April 2021 beschlossen. Die aktuelle Fassung des HVM finden Sie auf unserer Homepage unter www.kvsh.de/praxis/rechtvorschriften/honorarverteilungsmaassstab-hvm. Auf Anforderung wird Ihnen der Text der Bekanntmachung auch in Papierform zur Verfügung gestellt, Telefon: 04551 883 486.