

- **Änderungen im eKVSH-Portal**
- **Zweitmeinungsverfahren vor Schulterarthroskopie**
- **Medizinische Reha: Neues Muster 61 zum 1. April 2020**
- **Erweitertes Neugeborenen-Screening bis zur U3 möglich**
- **Vergütung eArztbrief: Übergangsregelung erneut verlängert**
- **Onkologie-Vereinbarung: Klarstellung der KBV**

Für Rückfragen: Serviceteam der KVSH Tel. 04551 883 883

12.02.2020

Änderungen im eKVSH-Portal

Im eKVSH-Portal haben wir ergänzende Änderungen vorgenommen, damit Sie Ihre Angaben zur Praxis vervollständigen können. Ab sofort sind im Portal detaillierte Angaben zur Barrierefreiheit möglich. Bitte nutzen Sie diese Möglichkeit, damit Patienten sich in der Online-Arztuche entsprechend über barrierearme Praxen informieren können. Zusätzlich bitten wir Sie, die Angaben zu den persönlichen Sprechzeiten zu aktualisieren oder zu bestätigen. Die Pflege Ihrer Kontaktdaten finden Sie jetzt im Menüpunkt „Stammdaten/Kontaktdaten“.

Zweitmeinungsverfahren vor Schulterarthroskopie

In den Newslettern vom 20. Dezember 2018 und vom 4. März 2019 haben wir bereits über die Einführung des Zweitmeinungsverfahrens und die damit verbundenen Änderungen im EBM berichtet. Gesetzlich Versicherte haben einen Rechtsanspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung vor bestimmten planbaren Operationen. Nach der Gebärmutterentfernung und der Mandeloperation kommt nun als weitere Indikation die Schulterarthroskopie hinzu. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Zweitmeinungs-Richtlinie entsprechend ergänzt. Der Beschluss des G-BA wird in Kürze in Kraft treten.

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 bei einer bevorstehenden Schulterarthroskopie kann der indikationsstellende Arzt (Erstmeiner) die neue GOP 01645C einmal im Krankheitsfall abrechnen.

GOP	Inhalt
01645C	Zweitmeinungsverfahren bei einer bevorstehenden Schulterarthroskopie

Die Abrechnung der Zweitmeinung ist im Abschnitt 4.3.9 „Ärztliche Zweitmeinung“ im Allgemeinen Teil des EBM geregelt. Danach rechnet der Arzt, der die Zweitmeinung abgibt (Zweitmeiner), für den

Onkologie-Vereinbarung: Klarstellung der KBV

Zum 1. Januar 2020 wurde in der Onkologie-Vereinbarung der Begriff „zytostatische Tumortherapie“ durch „medikamentöse Tumortherapie“ ersetzt und eine entsprechende Definition in § 4 aufgenommen (siehe Newsletter vom 20. Dezember 2019). Aufgrund zahlreicher Rückfragen zur Auslegung der Definition und der Berechnungsfähigkeit der Kostenpauschalen der Onkologie-Vereinbarung nimmt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) folgende Klarstellung vor:

Definition „medikamentöse Tumortherapie“

In § 4 der Onkologie-Vereinbarung wurde zum 1. Januar 2020 folgende Definition aufgenommen:

„Die medikamentöse Tumortherapie im Sinne der Onkologie-Vereinbarung umfasst neben unspezifisch zytostatisch wirksamen Medikamenten auch neue Medikamente, die z. B. gezielt bestimmte Stoffwechselschritte blockieren, die für das Tumorzellwachstum wichtig sind oder Mechanismen auslösen, die Tumorzellen immunologisch angreifbar machen. Die medikamentöse Tumortherapie im Sinne dieser Vereinbarung umfasst nicht Therapien mit ausschließlich hormonell bzw. antihormonell wirksamen Medikamenten (ATC-Klasse L02-Endokrine Therapie).“ Hiermit war ausschließlich eine Anpassung des Wortlautes an den Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik intendiert, da neben unspezifisch zytostatisch wirksamen Medikamenten auch neue Medikamente zur Tumortherapie zur Verfügung stehen und eingeschlossen werden sollten.

Keine Auswirkungen auf die Berechnung der Kostenpauschalen 86510 und 86512

Die neue Definition bezieht sich nur auf die Kostenpauschalen, die in der Leistungslegende den Begriff „medikamentöse Tumortherapie“ (bis 31. Dezember 2019 den Begriff „zytostatische Tumortherapie“) enthalten. Das sind folgende Kostenpauschalen:

- 86514 (Zuschlag für die intrakavitär applizierte medikamentöse Tumortherapie),
- 86516 (Zuschlag für die intravasal applizierte medikamentöse Tumortherapie),
- 86520 (Zuschlag für die orale medikamentöse Tumortherapie).

Die „Behandlungspauschalen“ nach den Kostenpauschalen 86510 und 86512 enthalten den Begriff nicht und sind nicht an die Durchführung einer „medikamentösen Tumortherapie“ gebunden. Die Kostenpauschale 86512 erfordert entsprechend der Leistungslegende eine „Behandlung solider Tumore entsprechend § 1 Abs. 2 a-c unter tumorspezifischer Therapie ...“. Dies kann auch eine Therapie mit ausschließlich hormonell beziehungsweise antihormonell wirksamen Medikamenten sein, sofern es sich nicht um die Behandlung im Rahmen der Nachsorge handelt. Gemäß § 1 Absatz 1 der Onkologie-Vereinbarung ist die in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durchgeführte Nachsorge bei behandelten Patienten, die krebskrank waren, nicht Bestandteil der Onkologie-Vereinbarung. Mit der Aufnahme der Definition war zudem keine inhaltliche Änderung der Kriterien für die Bestimmung der durchschnittlichen Patientenzahl je Arzt (§ 3 Absatz 4), in denen der Begriff „medikamentöse Tumortherapie“ ebenfalls verwendet wird, intendiert.

Alle Newsletter der KVSH finden Sie im Downloadcenter unter www.kvsh.de.