

Aktuelle Informationen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Ausgabe vom 27.09.2019 für das Quartal 4/2019

Fachgruppenübergreifend

- Förderung der Videosprechstunde
- Enzymersatztherapie bei Morbus Pompe
- Soziotherapie: Erweiterung verordnungsfähiger Arztgruppen
- HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP)
- Vertrag zur Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen (VorsorgePlus)
- Ausblick auf einen biomarkerbasierten Test beim Mammakarzinom
- Informationen zum TSVG

Hausärzte

- Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie

Augenärzte

- Abrechnung und Vergütung der optischen Kohärenztomographie

Laborärzte

- Biomarker bei Präeklampsie und Ovarialkarzinom
- Änderung bei kurativen HIV-Laborleistungen

Fachgruppenübergreifend

Förderung der Videosprechstunde

Ab dem 1. Oktober 2019 wird eine neue Leistung zur Förderung der Videosprechstunde in den EBM aufgenommen. Die neue Gebührenordnungsposition (GOP) 01451 EBM wird durch die KVH automatisch zu jeder von Ihnen abgerechneten Videosprechstunde (GOP 01450 EBM) zuge-
setzt, sofern mindestens 15 Videosprechstunden im Quar-

tal abgerechnet worden sind. Die neue GOP ist mit 92 Punkten (10,10 €)* bewertet und wird außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt. Für jede Praxis wird jedoch ein Höchstwert je Quartal gebildet, dieser beträgt mit 4.620 Punkten/Quartal 507,34 €* bzw. 50 Leistungen.

Die GOP 01451 EBM wird zeitlich befristet bis zum Ende des Quartals 3/2021 in den EBM aufgenommen und danach durch eine neue Form der Honorierung der Videosprechstunde ersetzt.

* Gemäß Hamburger Punktwert 2019 in Höhe von 0,109813 €

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 449. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Enzymersatztherapie bei Morbus Pompe

Ab Beginn des 4. Quartals 2019 wird die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter parenteraler intravasaler Behandlung mit Alglucosidase alfa bei Morbus Pompe Bestandteil des EBM. Bis-

her war die Enzymersatztherapie nicht abgebildet und damit nicht gesondert abrechenbar.

Abgerechnet wird die Leistung über die bereits im EBM

bestehenden GOP 01510 bzw. 01511. Deren Leistungsinhalte werden um die Alglucosidase Therapie bei Morbus Pompe erweitert.

GOP	Leistungsbeschreibung	Leistungshinweis	Bewertung*
01510	Beobachtung und Betreuung eines Kranken in einer Arztpraxis oder praxisklinischen Einrichtung gemäß § 115 Abs. 2 SGB V, in ermächtigten Einrichtungen oder durch einen ermächtigten Arzt gemäß §§ 31, 31a Ärzte-ZV unter parenteraler intravasaler Behandlung mit Zytostatika und/oder monoklonalen Antikörpern und/oder Alglucosidase alfa bei Morbus Pompe	Dauer mehr als 2 Stunden	502 Punkte (55,13 €)
01511	Beobachtung und Betreuung eines Kranken in einer Arztpraxis oder praxisklinischen Einrichtung gemäß § 115 Abs. 2 SGB V, in ermächtigten Einrichtungen oder durch einen ermächtigten Arzt gemäß §§ 31, 31a Ärzte-ZV unter parenteraler intravasaler Behandlung mit Zytostatika und/oder monoklonalen Antikörpern und/oder Alglucosidase alfa bei Morbus Pompe	Dauer mehr als 4 Stunden	955 Punkte (104,87 €)

* Gemäß Hamburger Punktwert 2019 in Höhe von 0,109813 €

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 441. Sitzung vom 14.08.2019

Soziotherapie: Erweiterung verordnungsfähiger Arztgruppen

Zum 1. Oktober 2019 erfolgt die Aufnahme einer neuen Nummer in die Präambel 23.1 EBM, um ärztlichen Psychotherapeuten, die einer Fachgruppe gemäß der ersten Bestimmung zum Ab-

schnitt 30.8 angehören, die Berechnung der Verordnungsleistungen zur Soziotherapie (GOP 30810 und 30811) zu ermöglichen. Die Vergütung der beiden Leistungen erfolgt wie bisher au-

ßerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung vom 17.09.2019

HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP)

Bereits seit dem 1. September 2019 können Ärzte die HIV-Präexpositionsprophylaxe über den EBM abrechnen. Hierzu wurde der Abschnitt 1.7.8 im EBM („HIV-Präexpositionsprophylaxe“) geschaffen und enthält genehmigungspflichtige GOP zu Beratungs-, Behandlungs- sowie Laborleistungen. Ärzte,

die bereits eine Genehmigung der KVH nach der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/AIDS besitzen, wurden bereits angeschrieben und auf die Antragsstellung hingewiesen. Leistungsberechtigt sind Versicherte ab dem 16. Lebensjahr mit einem erhöhten HIV-Infektionsrisiko.

Bis zum Ende des 3. Quartals 2021 werden die neuen Leistungen extrabudgetär vergütet und im Anschluss in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt.

In den folgenden Tabellen werden die neuen GOP näher beschrieben und deren Vergütung dargestellt.

Beratungs- und Behandlungsleistungen			
GOP	Leistungsbeschreibung	Abrechnungshinweise	Bewertung*
01920	Beratung vor Beginn einer HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP)	<ul style="list-style-type: none"> je vollendete 10 Minuten <i>höchstens dreimal im Krankheitsfall</i> 	115 Punkte (12,63 €)
01921	Einleitung einer HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP)	<ul style="list-style-type: none"> einmal im Krankheitsfall 	115 Punkte (12,63 €)
01922	Kontrolle im Rahmen einer HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP)	<ul style="list-style-type: none"> je vollendete 5 Minuten <i>höchstens dreimal im Krankheitsfall</i> <i>GOP 01922 ist frühestens 4 Wochen nach Einleitung einer PrEP berechnungsfähig</i> 	57 Punkte (6,26 €)

Laborleistungen			
GOP	Leistungsbeschreibung	Abrechnungshinweise	Bewertung*
01930	Bestimmung des Kreatinin im Serum und/oder Plasma und Berechnung der eGFR im Rahmen einer Präexpositionsspositionsprophylaxe	<ul style="list-style-type: none"> zweimal im Krankheitsfall 	3 Punkte (0,33 €)
01931	Nachweis von HIV-1- und HIV-2-Antikörpern und von HIV-p24-Antigen im Rahmen einer Präexpositionsspositionsprophylaxe	<ul style="list-style-type: none"> einmal im Behandlungsfall <i>Davon abweichend ist die GOP 01931 im ersten Quartal zu Beginn einer Präexpositionsspositionsprophylaxe bis zu zweimal im Behandlungsfall berechnungsfähig</i> 	41 Punkte (4,50 €)
01932	Nachweis von HBs-Antigen und HBc-Antikörpern vor Beginn einer Präexpositionsspositionsprophylaxe	<ul style="list-style-type: none"> einmal im Krankheitsfall 	105 Punkte (11,53 €)
01933	Nachweis von HBs-Antikörpern vor Beginn einer Präexpositionsspositionsprophylaxe ohne dokumentierte Impfung gegen Hepatitis B	<ul style="list-style-type: none"> einmal im Krankheitsfall 	51 Punkte (5,60 €)
01934	Nachweis von HCV-Antikörpern - vor Beginn einer Präexpositionsspositionsprophylaxe oder - während einer Präexpositionsspositionsprophylaxe nur bei seronegativen Anwendern	<ul style="list-style-type: none"> höchstens zweimal im Krankheitsfall 	91 Punkte (9,99 €)
01935	Nachweis von Treponemenantikörpern mittels TPHA/TPPA-Test (Lues-Suchreaktion) und/oder Immunoassay nach individueller und situativer Risikoüberprüfung im Rahmen einer Präexpositionsspositionsprophylaxe	<ul style="list-style-type: none"> einmal im Behandlungsfall 	42 Punkte (4,61 €)
01936	Nachweis von Neisseria gonorrhoeae und /oder Chlamydien in pharyngealen, anorektalen und/oder genitalen Abstrichen mittels Nukleinsäureamplifikationsverfahren (NAT) nach individueller und situativer Risikoüberprüfung im Rahmen einer Präexpositionsspositionsprophylaxe ggf. einschl. Pooling der Materialien der Abstrichorte	<ul style="list-style-type: none"> einmal im Behandlungsfall 	320 Punkte (35,14 €)

* Gemäß Hamburger Punktwert 2019 in Höhe von 0,109813 €

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 441. Sitzung vom 14.08.2019

Vertrag zur Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen (VorsorgePlus)

Ergänzend zur Regelversorgung können ab dem Quartal 4/2019 zusätzliche Screeningleistungen zu sechs verschiedenen Versorgungsprogrammen für Versicherte der KKH und HEK abgerechnet werden. Ziel ist es Erkrankungen früh zu erkennen und die Patienten zielgerichtet einer für sie optimalen Versorgung zuzuführen.

Teilnahmeberechtigt sind alle im Bereich der KV Hamburg

tätigen Ärzte und Psychotherapeuten. Voraussetzung für die Teilnahme am Vertrag ist u. a. die Unterzeichnung und Abgabe einer Teilnahmeerklärung (Anlage 4).

Auch Patienten müssen bei Teilnahmewunsch eine Teilnahmeerklärung unterzeichnen.

Sofern alle im Vertrag genannten Kriterien erfüllt sind, können die in den nachfol-

genden Tabellen aufgeführten GOP in Ansatz gebracht werden. Die Vergütung erfolgt zu vollen Preisen.

Weitere Informationen finden Sie im Vertrag zur besonderen Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen (VorsorgePlus) auf der Homepage der KVH.

Besondere Versorgung gemäß § 140a SGB V-Vertrag zur besonderen Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen (VorsorgePlus)

Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der respiratorischen Insuffizienz bei COPD

GOP	GOP-Bezeichnung	Vergütung	Frequenz	Abrechnungsvoraussetzungen
93400	Durchführung Screening	20,00 €	1x im Krankheitsfall	Versicherte mit gesicherter COPD Stadium III oder IV (J44.00, J44.01, J44.10, J44.11, J44.80, J44.81, J44.90, J44.91) ohne bisher gesicherte chronisch respiratorische Insuffizienz (J96.1-)
93401	Durchführung Nachsorgeprogramm	20,00 €	1x im Behandlungsfall. Im BHF nicht neben der GOP 93400 abrechenbar.	Bei neuem Befund einer chronisch respiratorischen Insuffizienz (J96.1-)

Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von Depression				
GOP	GOP-Bezeichnung	Vergütung	Frequenz	Abrechnungsvoraussetzungen
93402	Durchführung Screening	20,00 €	1x im Krankheitsfall	Versicherte mit Verdacht einer Depression oder mit gesicherter unspezifischer Depression (F32.8, F32.9, F33.8, F33.9), ohne bisher gesicherte spezifische Depression (F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F33.0, F33.1, F33.2, F33.3, F33.4)
93403	Durchführung Nachsorgeprogramm	20,00 €	1x im Behandlungsfall. Im BHF nicht neben der GOP 93402 abrechenbar.	Bei neuem Befund einer spezifischen Depression (F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F33.0, F33.1, F33.2, F33.3, F33.4)

Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von neurologischen Komplikationen: Diabetische Neuropathie im Bereich der distalen Extremitäten				
GOP	GOP-Bezeichnung	Vergütung	Frequenz	Abrechnungsvoraussetzungen
93404	Durchführung Screening	20,00 €	1x im Krankheitsfall	Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose (E10.-, E11.-, E12.-, E13.-, E14.-, ausgenommen E1*.4-), ohne bisher gesicherte diabetische Neuropathie (E1*.4-, G59.0, G63.2)
93405	Durchführung Nachsorgeprogramm	20,00 €	1x im Behandlungsfall. Im BHF nicht neben der GOP 93404 abrechenbar.	Bei neuem Befund einer diabetischen (Poly-) Neuropathie (E1*.4- oder E1*.7-, G59.0, G63.2)
93406	Diagnosemittel Schweißsekretion	17,00 €	Im Behandlungsfall nur im Zusammenhang mit der GOP 93404 abrechenbar.	

Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von neurologischen Komplikationen: LUTS (lower urinary tract symptoms) bei Diabetes Mellitus				
GOP	GOP-Bezeichnung	Vergütung	Frequenz	Abrechnungsvoraussetzungen
93407	Durchführung Screening	20,00 €	1x im Krankheitsfall	Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose (E10.-, E11.-, E12.-, E13.-, E14.-), ohne bisher gesicherte Blasenentleerungsstörung (N31.1, N31.2)
93408	Durchführung Nachsorgeprogramm	20,00 €	1x im Behandlungsfall. Im Behandlungsfall nicht neben der GOP 93407 abrechenbar.	Bei neuem Befund einer neurologischen Komplikation der Harnblase bei Diabetes (E1*.4- oder E1*.7-, N31.1, N31.2)

Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von nephrologischen Komplikationen: Chronische Nierenkrankheit bei Diabetes Mellitus				
GOP	GOP-Bezeichnung	Vergütung	Frequenz	Abrechnungsvoraussetzungen
93409	Durchführung Screening	20,00 €	1x im Krankheitsfall	Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose (E10.-, E11.-, E12.-, E13.-, E14.-), ohne bisher gesicherte chronische Nierenkrankheit (N18.-, N19, I12.0-, I13.1-, I13.2-, Z49.-, Z99.2)
93410	Durchführung Nachsorgeprogramm	20,00 €	1x im Behandlungsfall. BHF nicht neben der GOP 93409 abrechenbar.	Bei neuem Befund einer Nierenkomplikation bei Diabetes (E1*.2- oder E1*.7-, N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5)
93411	Mikro-Albuminurie-Teststreifen	2,00 €	Im Behandlungsfall nur im Zusammenhang mit der GOP 93409 bzw. 93410 abrechenbar.	

Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der peripheren Arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK)				
GOP	GOP-Bezeichnung	Vergütung	Frequenz	Abrechnungsvoraussetzungen
93412	Durchführung Screening	20,00 €	1x im Krankheitsfall	Versicherte mit gesicherten Grunderkrankungen (I73.9, I70.0, I70.1, I70.8, I70.9, I25.0, I25.1-, I25.3, I25.4, I25.6, I25.8, I25.9, E10.-, E11.-, E12.-, E13.-, E14.- oder I10.- bzw. als besondere Risikogruppe männliche Raucher ab dem 60. Lebensjahr) ohne bisher gesicherte stadienspezifische pAVK (I70.2-)
93413	Durchführung Nachsorgeprogramm	20,00 €	1x im Behandlungsfall. Im Behandlungsfall nicht neben der GOP 93412 abrechenbar.	Bei neuem Befund einer stadienspezifischen pAVK (I70.20, I70.21, I70.22, I70.23, I70.24, I70.25, I70.26)

Ausblick auf einen biomarkerbasierten Test beim primären Mammakarzinom

Spätestens im Februar 2020 wird ein spezifizierter Biomarker-Test zur Ermittlung des Rezidivrisikos bei Brustkrebs eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Vergütung der neuen Leistung wird durch den Bewertungsausschuss bis zum Februar 2020 festgelegt und im Anschluss kann die Leistung erbracht und abgerechnet werden.

Als Methode kommt der Oncotype DX Breast Recurrence Score® zum Einsatz, der bei Patientinnen mit einem primären Hormonrezeptor-

positivem, HER2/neu-negativen, nodalnegativen und nicht metastasierten Mammakarzinom angewendet werden kann. Als Voraussetzung für den Einsatz dieses biomarkerbasierten Tests ist eine Aufklärung der Patientinnen unter Einbeziehung des vom G-BA veröffentlichten Merkblattes des „Biomarkerbasierten Tests beim frühen Brustkrebs“ erforderlich. Die Aufklärung zu diesem Test dürfen nur durch Fachärzte für

- Gynäkologie mit dem Schwerpunkte gynäkologische Onkologie

- Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie
- Innere Medizin oder Gynäkologie und Geburtshilfe mit dem Nachweis der Zusatzweiterbildung „Medikamentöse Tumorthherapie“

durchgeführt werden. Andere Fachgruppen können unter der Bedingung der Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung ebenfalls die Aufklärung durchführen.

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 20. Juni 2019

Informationen zum TSVG

Da die Neuerungen rund um das Thema „TerminService- und VersorgungsGesetz“ (TSVG) bereits am 11. Mai bzw. 1. September 2019 in Kraft getreten sind, wurde hierzu eine gesonderte Newsletterausgabe am 13.

September 2019 veröffentlicht. Diese steht Ihnen auf der Homepage der KVH unter folgendem Pfad zur Verfügung: Abrechnung → Newsletter → 2. Sonderausgabe TSVG.

Hierin finden Sie alle wichtigen Informationen zur Abrechnung, Vergütung und Kennzeichnung der einzelnen TSVG-Konstellationen.

KVHH - Abrechnungsnewsletter

Hausärzte

Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie

Zum Quartal 4/2019 hat nun auch der BKK-Landesverband Nordwest einen Vertrag zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie mit der KV Hamburg geschlossen.

Ziel des Vertrags besteht darin, Begleiterkrankungen früh zu erkennen und dadurch das Auftreten schwerwiegender Krankheitsstadien zu verhindern bzw. deutlich zu verzögern, um eine Beeinträchtigung der Lebensqualität der Betroffenen möglichst lange zu vermeiden.

Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der teilnehmenden

BKKn ohne Rücksicht auf deren Wohnort, die sich aufgrund ihrer Hypertonieerkrankung in regelmäßiger ärztlicher Behandlung befinden und die spezifischen Teilnahmebedingungen erfüllen.

Im Vertrag wird zwischen zwei Versorgungsfeldern unterschieden. So kann bei bestimmten BKK-Versicherten, die eine bekannte Hypertonie haben, ein Screening auf das Vorliegen einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK) und einer chronischen Nierenkrankheit durchgeführt werden. Sollte im Zuge des Screenings die

jeweilige Erkrankung diagnostiziert werden, werden im Rahmen eines krankheitsorientierten intensiven Gesprächs insbesondere der Umgang mit der Erkrankung und das Gelingen der Alltagsbewältigung mit dem Patienten besprochen.

Teilnahmeberechtigt sind alle Hausärzte, die ihre Teilnahme gegenüber der KV Hamburg erklärt haben. Auch Versicherte müssen eine Teilnahmeerklärung unterzeichnen.

Der Anlage 9 des Vertrags können alle Betriebskrankenkassen entnommen werden, die ihren Beitritt gegen-

über dem BKK-Landesverband NW erklärt haben. In den nachfolgenden Tabellen sind alle Leistungen aufgeführt, die im Rahmen

des Vertrags in Ansatz gebracht werden können.

gleiterkrankungen der Hypertonie auf der Grundlage von § 140a SGB V

Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Be-

Versorgungsfeld vaskuläre Komplikationen: PAVK bei Hypertonie (<u>ab Vollendung des 50. Lebensjahres</u>)			
GOP	GOP-Bezeichnung	Vergütung	Abrechnungsvoraussetzungen
99235	Screening zur Früherkennung einer PAVK (vollständige Leistungserbringung gemäß Anlage 1 des Vertrages)	20,00 €	<ul style="list-style-type: none"> • Kann nur 1x im Krankheitsfall abgerechnet werden • Kann im Behandlungsfall nicht neben der GOP 99236 abgerechnet werden • Die Leistung kann nur bei Patienten abgerechnet werden, bei denen eine hypertensive Erkrankung (I10.- bis I13.-) vorliegt und bisher keine PAVK (I70.2-) bekannt ist. • Die jeweils vorliegenden Behandlungsdiagnosen sind bei der Abrechnung anzugeben.
99236	Krankheitsorientiertes intensives Gespräch PAVK (vollständige Leistungserbringung gemäß Anlage 1 des Vertrages)	20,00 €	<ul style="list-style-type: none"> • Kann max. 2x je Kalenderjahr abgerechnet werden, jedoch nicht im selben Quartal. • Im selben Kalenderjahr nur 1x neben der GOP 99235, wenn diese GOP in einem der vorherigen Quartale abgerechnet wurde. • Die Leistung kann nur bei Patienten abgerechnet werden, bei denen eine PAVK (I70.2-) vorliegt. Die vorliegende Behandlungsdiagnose ist bei der Abrechnung anzugeben. • Das Gespräch soll frühestens 3 Monate nach Diagnosestellung einer PAVK erfolgen. • Das Gespräch hat eine Mindestdauer von 20 Minuten.

Versorgungsfeld nephrologische Komplikationen: Chronische Nierenkrankheit bei Hypertonie ohne bekannten Diabetes mellitus			
GOP	GOP-Bezeichnung	Vergütung	Abrechnungsvoraussetzungen
99237	Screening zur Früherkennung chronischer Nierenkrankheit (vollständige Leistungserbringung gemäß Anlage 2 des Vertrages)	20,00 €	<ul style="list-style-type: none"> • Kann nur 1x im Krankheitsfall abgerechnet werden. • Kann im Behandlungsfall nicht neben GOP 99238 abgerechnet werden. • Die Leistung kann nur bei Patienten abgerechnet werden, bei denen eine hypertensive Erkrankung (I10.- bis I13.-) vorliegt und bisher keine chronische Nierenkrankheit (N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N19) bekannt ist. • Die jeweils vorliegenden Behandlungsdiagnosen sind bei der Abrechnung anzugeben.
99238	Krankheitsorientiertes intensives Gespräch chronische Nierenkrankheit (vollständige Leistungserbringung gemäß Anlage 2 des Vertrages)	20,00 €	<ul style="list-style-type: none"> • Kann max. 2x je Kalenderjahr abgerechnet werden, jedoch nicht im selben Quartal. • Im selben Kalenderjahr nur 1x neben der GOP 99237, wenn diese GOP in einem der vorherigen Quartale abgerechnet wurde. • Die Leistung kann nur bei Patienten abgerechnet werden, bei denen eine chronische Nierenkrankheit (N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N19) vorliegt. Die vorliegende Behandlungsdiagnose ist bei der Abrechnung anzugeben. • Das Gespräch soll frühestens 3 Monate nach Diagnosestellung einer chronischen Nierenkrankheit erfolgen. • Das Gespräch hat eine Mindestdauer von 20 Minuten.
99239	Teststreifen Mikroalbuminurie (Urinuntersuchung mit einem spezifisch für den Nachweis einer Mikroalbuminurie geeigneten Teststreifen, der gleichzeitig die Kreatinmenge bestimmt, so dass der Albumin-Kreatinin-Quotient visuell abgelesen werden kann)	2,00 €	<ul style="list-style-type: none"> • 1x neben der GOP 99237 abrechenbar.

Augenärzte

Abrechnung und Vergütung der optischen Kohärenztomographie

Zum 1. Oktober 2019 werden neue Leistungen zur optischen Kohärenztomographie (OCT) bei der neovaskulären altersbedingten Makuladegeneration (nAMD) und beim Makulaödem im Rahmen der diabetischen Retinopathie (DMÖ) in den EBM aufgenommen. Die Abrechnung und Vergütung der neuen Leistungen möchten wir

Ihnen an dieser Stelle näher vorstellen.

Zur Abrechnung der optischen Kohärenztomographie werden vier neue GOP in den EBM aufgenommen. Die GOP 06336 und 06337 werden, jeweils für das linke und das rechte Auge, zur Diagnostik, und die GOP 06338 und 06339 zur Therapiesteuerung abgerechnet. Alle vier Leistungen

sind mit 399 Punkten (43,81€)* bewertet und werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt. Detaillierte Informationen zu den Abrechnungsbestimmungen entnehmen Sie bitte der folgenden Tabelle.

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung am 17.09.2019

GOP	Leistungsbeschreibung	Abrechnungshinweise	Bewertung*
06336	Optische Kohärenztomographie am rechten Auge zur Diagnostik	<ul style="list-style-type: none"> Optische Kohärenztomographie mittels SD-OCT oder technischer Weiterentwicklung gemäß Nr. 29 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses einmal am Behandlungstag berechnungsfähig einmal innerhalb von 26 Tagen berechnungsfähig 	399 Punkte (43,18 €)
06337	Optische Kohärenztomographie am linken Auge zur Diagnostik		
06338	Optische Kohärenztomographie am rechten Auge zur Therapiesteuerung		
06339	Optische Kohärenztomographie am linken Auge zur Therapiesteuerung		

* Gemäß Hamburger Punktwert 2019 in Höhe von 0,109813 €

Laborärzte

Biomarker bei Präeklampsie und Ovarialkarzinom

Ab dem 1. Oktober 2019 können Gynäkologen neue Laborleistungen zur Diagnostik der Präeklampsie und des Ovarialkarzinoms in Auftrag geben.

Präeklampsie: Zur Diagnostik der Präeklampsie werden zwei neue GOP in den EBM aufgenommen. Frühestens ab der 24. Schwangerschaftswoche können Labore bei Verdacht auf eine Präeklampsie die Biomarker PIGF (GOP 32362 EBM) und sFlt-1/PIGF-Quotient (GOP 32363 EBM) erbringen und abrechnen. Voraussetzung für die Berechnungsfähigkeit der beiden Leistungen ist die Erfüllung eines der folgenden Kriterien der Präeklampsie:

- Neu aufgetretener oder bestehender Hypertonus
- Präeklampsie-assoziiertes organisches oder laboridiagnostisches Untersuchungsbefund, welcher keiner anderen Ursache zugeordnet werden kann
- Fetale Wachstumsstörung
- Auffälliger dopplersonographischer Befund der Aa. Uterinae in einer Untersuchung nach der GOP 01775 EBM

Ovarialkarzinom: Zur Primär- oder Rezidivdiagnostik eines Ovarialkarzinoms können Ärzte den **Tumormarker HE4** bestimmen und abrechnen.

Die Abrechnung erfolgt über die bereits existierende GOP

32390 EBM welche nur um den Leistungsinhalt der HE 4-Bestimmung erweitert wurde.

Zur Erbringung und Abrechnung der neuen Leistungen sowie der GOP 32390 EBM wird eine Genehmigung der KVH benötigt. Die neuen Leistungen zur Präeklampsie-Diagnostik werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu festen Preisen bezahlt. Einzelheiten zur Abrechenbarkeit entnehmen Sie der folgenden Tabelle.

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 441. Sitzung vom 14.08.2019

GOP	Leistungsbeschreibung	Abrechnungshinweise	Bewertung
32362	PIGF	<ul style="list-style-type: none"> • Quantitative Bestimmung frühestens ab der 24. SSW 	19,40 €
32363	sFlt-1/PIGF-Quotienten	<ul style="list-style-type: none"> • höchstens dreimal im Behandlungsfall berechnungsfähig 	62,25 €

Änderung bei kurativen HIV-Laborleistungen

Ab dem 1. Oktober 2019 werden Laborleistungen für den Nachweis von HIV-Antikörpern/Antigenen sowie den Nukleinsäurenachweis umgestellt. Die bisherigen GOP 32576 EBM (HIV-2-Antikörpernachweis mittels Immunoassay) und GOP

32783 EBM (Nachweis von HIV) werden aus dem EBM gestrichen. In diesem Rahmen wird der Leistungsinhalt der bestehenden GOP 32575 EBM neu gefasst und eine weitere GOP 32850 in den EBM neu aufgenommen. Zur Leistungserbringung und

Abrechnung der neuen Leistung besteht eine Genehmigungspflicht seitens der KVH.

Der folgenden Tabelle können Sie die Änderungen der Leistungen entnehmen.

GOP	EBM bis 30.09.2019 (3. Quartal 2019)		EBM ab 01.10.2019 (4. Quartal 2019)	
	Leistungsinhalt	Bewertung	Leistungsinhalt	Bewertung
32575	HIV (Humanes Immunschwäche-Virus)-1- und/oder HIV-1/2-Antikörper-Nachweis mittels Immunoassay , ggf. einschl. HIV-Antigen-Nachweis mittels HIV-Antigen-Antikörper-Kombinationstest	4,10 €	Nachweis von HIV-1- und HIV-2-Antikörpern und von HIV-p24-Antigen	4,45 €
32576	HIV (Humanes Immunschwäche-Virus)-2-Antikörper-Nachweis mittels Immunoassay , ggf. einschl. HIV-Antigen-Nachweis mittels HIVAntigen-Antikörper-Kombinationstest	4,50 €	gestrichen	-
32783	Humanes Immunschwäche-Virus (HIV)	27,50 €	gestrichen	-
32850	-	-	Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA	43,40 €

Die Vergütung der neuen GOP 32850 EBM erfolgt bis zum 30. September 2021 extrabudgetär und wird anschließend in die morbiditätsbe-

dingte Gesamtvergütung überführt.

Damit diese Leistung bei der Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus unberücksich-

tigt bleibt, geben Sie die Kennnummer 32006 an.

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 441. Sitzung vom 14.08.2019