amedes

AMEDES ABRECHNUNGSNEWS

AUSGABE 4 | OKTOBER 2021

1. Neues im EBM: Erweiterung der Gesundheitsuntersuchung (Check-up 35) zum 1. Oktober 2021
2. Kryokonservierung nun EBM-Leistung
3. Procalcitonin als Marker für Covid-bedingte Nierenschädigung
4. Disease-Management-Programme: Rundum versorgt
5. Chronikerpauschalen: Kontinuität zahlt sich aus
6. Good to Know: Ausnahmekennziffer 32022 – Manifester Diabetes mellitus

NEUES IM EBM: ERWEITERUNG DER GESUNDHEITSUNTERSUCHUNG (CHECK-UP 35) ZUM 1. OKTOBER 2021

Versicherte, mit vollendetem 35. Lebensjahr, haben ab dem 01. Oktober diesen Jahres Anspruch auf ein einmaliges allgemeines Screening auf die Virusinfektionen Hepatitis B (HBV) und C (HCV). Davon unverändert bleibt eine Durchführung des Check-ups 35 alle drei Jahre bestehen. Vor dem Screening auf HBV soll der Impfstatus des Patienten erfragt werden.[1]

Es wurden zwei neue Gebührenordnungspositionen (GOP) für das Screening auf HBV und HCV eingeführt (Abrechnung durch die Praxis): [2]

Neue Vergütungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ab 1. Oktober 2021[2]
(je gesetzlich versichertem Patient nur einmalig berechnungsfähig)

GOP	Beschreibung	Anmerkung	€-Wert (Q4/2021)
01734	Zuschlag zur GOP 01732 für das Screening auf Hepatitis-B- und/oder auf Hepatitis-C-Virusinfektion gemäß Teil B. III. der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (GU-RL).	» *Bei Versicherten ab dem vollendeten 35. Lebensjahr einmalig berechnungsfähig.* » *Die GOPen 01734 und 01744 insgesamt nur einmal berechnungsfähig.*	4,56 €
01744	Screening auf Hepatitis-B- und/oder auf Hepatitis-C-Virusinfektion im Rahmen der Übergangsregelung gemäß Teil B. III. § 7 der GU-RL.	» *Bei Versicherten ab dem vollendeten 35. Lebensjahr berechnungsfähig, sofern im Zeitraum zwischen 13. Februar 2018 und 30. September 2021 eine GU nach der GOP 01732 durchgeführt wurde und gemäß Teil B.I. § 2 der GU-RL aktuell kein Anspruch auf eine GU besteht.* » *Die GOP 01744 ist zeitlich befristet vom 1. Oktober 2021 bis zum 31. Dezember 2023.* » *Die GOPen 01734 und 01744 sind insgesamt nur einmal berechnungsfähig.*	4,56 €

Daneben wurden drei neue Gebührenordnungspositionen zur Abrechnung der Laborleistung eingeführt (GOPen 01865 – 01867, Abrechnung durch den Laborarzt). Für die Beauftragung der Laboruntersuchungen ist der Muster 10-Laborüberweisungsschein zu verwenden. Eine Markierung des Feldes „präventiv" ist hier zu beachten. Diese Untersuchung wird extrabudgetär vergütet.

Übergangsregelung:[2]
Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) legt in seiner Übergangsregelung fest, dass Versicherte, die im Zeitraum von weniger als drei Jahren vor dem 12. Februar 2021 eine allgemeine Gesundheitsuntersuchung in Anspruch genommen haben, trotzdem den einmaligen Anspruch auf ein Screening auf HBV und HCV geltend machen können.[1] Die betreffende GOP wird zum 1. Januar 2024 aus dem EBM gestrichen.

KRYOKONSERVIERUNG NUN EBM-LEISTUNG

Die Kryokonservierung von Ei- und Samenzellen oder Keimzellgewebe vor einer keimzellschädigenden Therapie wurde zum 1. Juli 2021 in den EBM aufgenommen.[3,4] Durch die Kryokonservierung soll die Möglichkeit zur Erfüllung eines Kinderwunsches durch künstliche Befruchtung nach keimzellschädigenden Behandlungen, nach operativer Entfernung von Keimdrüsen, nach Strahlentherapie mit zu erwartender Schädigung der Keimdrüsen sowie nach potentiell fertilitätsschädigenden Medikationen, geschaffen werden. Die betreffende „Richtlinie zur Kryokonservierung von Ei- und Samenzellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie" (Kryo-RL) ist im Februar 2021 in Kraft getreten.[5] Folgende Änderungen wurden im EBM vorgenommen:

Neuaufnahme EBM-Abschnitt 8.6:

- GOPen für Beratungen, Vorbereitung, Entnahme, Aufbereitung, Einfrieren, Lagerung und Transport sowie späteres Auftauen von Ei- und Samenzellen sowie Keimzellgewebe

Neuaufnahme EBM-Abschnitt 40.12:

- GOPen für Sachkosten für die Lagerung des Materials (Kostenpauschale)

Berechtigte Versicherte sind Frauen bis zur Vollendung des 40. und Männer bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres. Ob die Voraussetzungen erfüllt sind, diagnostiziert der die Grunderkrankung behandelnde Facharzt und stellt dazu eine ärztliche Bescheinigung (Erstberatung) entsprechend § 4 Satz 2 Nr. 1 Kryo-RL aus.[3]

Fortsetzung von Seite 1

EBM-Abschnitt 8.6 – Auszug Beratungsleistungen (Abrechnung durch die niedergelassene Facharztpraxis)[3,4,5,6]			
GOP	**Bezeichnung**	**€-Wert** (Q4/2021)	**Abrechnung durch**
08619	Beratung gem. § 4 Satz 2 Nr. 1 Kryo-RL (Erstberatung).	10,01 €	den die Grunderkrankung diagnostizierenden bzw. behandelnden Arzt.
08621	Reproduktionsmedizinische Beratung und Aufklärung zur Kryokonservierung und der dazugehörigen med. Maßnahmen gem. § 4 Satz 2 Nr. 2 Kryo-RL.	14,24 €	Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin (bei männlichen Patienten auch Fachärzte mit Zusatz-Weiterbildung Andrologie), welche die Vorgaben gem. § 6 Abs. 1 und Abs. 2 Nr. 1 der Kryo-RL erfüllen.
08623	Andrologische Beratung, Aufklärung zur Kryokonservierung und der dazugehörigen med. Maßnahmen gem. § 4 Satz 2 Nr. 2 Kryo-RL.	10,01 €	Fachärzte mit Zusatz-Weiterbildung Andrologie, welche die Vorgaben gem. § 6 Kryo-RL erfüllen, und die jeweils erforderlichen Maßnahmen nach § 5 Abs. 2 Nr. 3 der Kryo-RL anbieten.

Die Leistungsvergütung der Abschnitte 8.6 und 40.12 sowie der Begleitleistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Begleitleistungen (z. B. Ultraschall, Labordiagnostik) sind dabei entsprechend zu kennzeichnen.[4] Durchführende Ärzte kennzeichnen die Begleitleistungen in ihrer Abrechnung mit einem Suffix, spezifisch nach Vorgabe der jeweiligen KV (z. B. KV Hessen Suffix „K").[7]

Folgende Laborparameter des EBM-Abschnitts 32.3 nach Transplantationsgesetz sind, sofern sie im Rahmen der Kryokonservierung beauftragt werden, auf dem Laborüberweisungsschein (Muster 10) entsprechend zu kennzeichnen, z. B. durch die Bemerkung „Suffix ... im Rahmen Kryokonservierung":[4,7]

- HIV-1- und HIV-2-Antikörper,
- HIV-p24-Antigen,
- HIV-1- und HIV-2-Antikörper Westernblot,
- HBc-Antikörper,
- HCV-Antikörper,
- Nachweis von HbsAg.[5]

PROCALCITONIN ALS MARKER FÜR COVID-BEDINGTE NIERENSCHÄDIGUNG

Die Bildung von Procalcitonin (PCT) erfolgt in geringen Mengen in der Schilddrüse (C-Zellen), jedoch zum überwiegenden Teil in neuroendokrinen Zellen des Lungenparenchyms nach Stimulation durch bakterielle Endotoxine, IL-1 und TNF-alpha. Bei viralen Infekten wird die Bildung von PCT durch IFN-gamma gehemmt, wodurch sich der Parameter zur Differenzierung von bakteriellen und viralen Infekten eignet.

In aktuellen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass hohe PCT-Werte mit schweren und fatalen Verläufen von COVID-19 in Zusammenhang stehen. Die Patienten entwickelten häufig eine Niereninsuffizienz, die als ursächlich für den PCT-Anstieg angenommen wird. Die Höhe des Anstiegs von Harnstoff und Kreatinin (infolge zunehmenden Nierenversagens) hat den aktuellen Untersuchungen zufolge eine etwas geringere prognostische Stärke (AUC 0,874 und 0,806) für den Krankheitsverlauf als PCT (AUC 0,881). Somit scheint PCT bei COVID-19 neben der Anzeige von bakteriellen Superinfektionen ein weiterer möglicher Parameter zur Risikoabschätzung des Erkrankungsverlaufs zu sein.[8,9]

HINWEIS ZUR BESTIMMUNG BEI GESETZLICH VERSICHERTEN PATIENTEN:

Die Messung des PCT-Wertes (EBM GOP 32459) ist im Rahmen der Ausnahmekennziffer (AKZ) 32004 ohne Belastung des Laborbudgets möglich. Hierfür muss die AKZ für den betreffenden Patienten im Arztinformationssystem der Praxis eingegeben werden.[10]

DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME: RUNDUM VERSORGT

Disease-Management-Programme (DMP) sind sektorenübergreifende strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Erkrankte und wurden 2002 mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA) in die gesetzliche Krankenversicherung eingeführt.[11,12] Derzeit gibt es für elf chronische Erkrankungen DMP, in die derzeit 7,2 Mio. Versicherte eingeschrieben sind (Stand: Juni 2020).[13,14] Diabetes mellitus Typ 2 ist bspw. seit Juli 2002 und Typ 1 seit März 2004 als DMP verfügbar.[15] Beide gehören zu den teilnahmestärksten Programmen (Typ 1: ~225.000 Versicherte; Typ 2: >4 Mio. Versicherte).[16]

Die Zulassung eines DMP obliegt dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) und ist im § 137g des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) geregelt.[17] Zuvor muss allerdings der Gemeinsame Bundesausschuss (Unterausschuss Disease-Management-Programme (UA DMP)) als oberste Verwaltungsbehörde im Gesundheitswesen festlegen, welche chronische Erkrankung für ein DMP in Frage kommt (§ 137f SGB V). Neben dem SGB V sind ebenfalls Anforderungen in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) sowie der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) geregelt.[18,19]

Geprüft wird die Eignung anhand von Kriterien wie bspw. die Anzahl der betroffenen Versicherten, Prinzipien der evidenzbasierten Medizin sowie Behandlungsleitlinien. Die Leitlinien werden ebenfalls vom G-BA (dieser beauftragt das Institut für Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Recherche) verfasst und regelmäßig aktualisiert, sodass der aktuelle Stand der Medizin abgebildet wird.[11,12,20] Vor einem Beschluss können bestimmte Berechtigte wie ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen Stellungnahmen abgeben, die in der Entscheidung berücksichtigt werden.[15]

Ist ein neues DMP beschlossen und zugelassen, schließen gesetzliche Krankenkassen, als Träger der DMP, mit den Leistungserbringern (Krankenhäuser und/oder Vertragsärzte) regionale Behandlungsverträge.[13] Schließlich können sich gesetzlich Versicherte freiwillig über ihre Krankenkasse in das Programm einschreiben, wenn sie eine gesicherte Diagnose, z. B. Diabetes mellitus, durch ihren betreuenden Arzt erhalten haben.[11,13,15] Der Turnus sowie die Inhalte der DMP sind in den Anlagen zur betreffenden chronischen Erkrankung der Richtlinie des G-BA zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V festgelegt.[21]

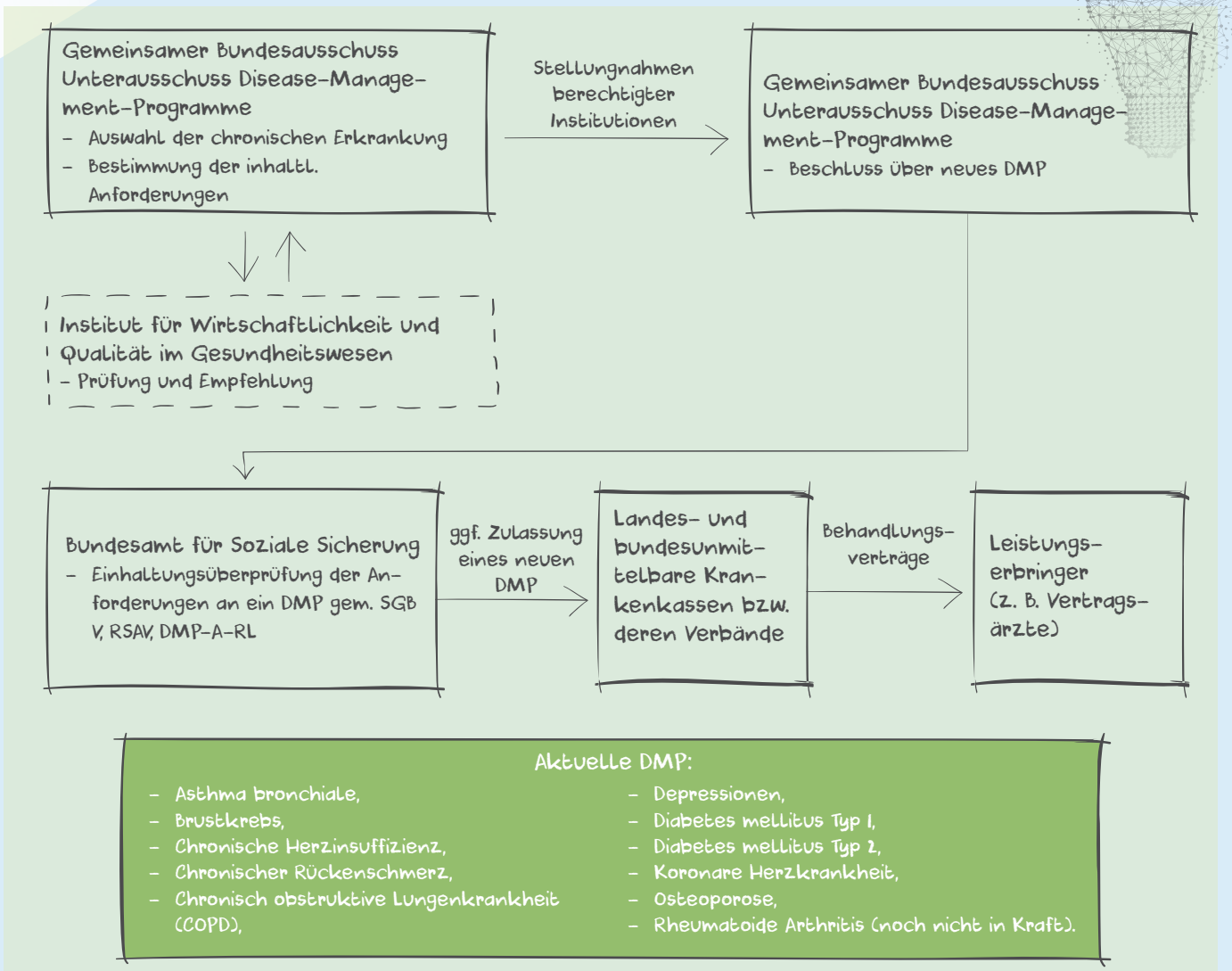

Abbildung 1[22]

CHRONIKERPAUSCHALEN: KONTINUITÄT ZAHLT SICH AUS

Die Chronikerziffern mit den GOPen 03220-03222 im EBM können bei Erfüllung zweier Kriterien zu den Versichertenpauschalen 03000 bzw. 04000 angegeben werden:

1. Vorliegen mindestens einer lang andauernden, lebensverändernden Erkrankung,
2. Notwendigkeit einer kontinuierlichen ärztlichen Behandlung und Betreuung.[10]

Ein Beispiel hierfür ist der manifeste Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2. Typ-1-Diabetes tritt im Gegensatz zum Typ 2 bereits im Kindes- und Jugendalter auf. Typ-2-Diabetes kann sich jahrelang ohne Symptomatik entwickeln, weshalb eine Diagnosestellung häufig überraschend sein kann.[23]

In der Abrechnung zusätzlich zu beachten ist die „4-3-2-1 Regel", um die Pauschalen ansetzen zu können:

Der Versicherte muss eine

- kontinuierliche ärztliche Behandlung wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung(en) in den letzten 4 Quartalen (inkl. des aktuellen) aufweisen (4)
- wobei in min. 3 Quartalen dieselbe Praxis aufgesucht (3)
- und es in min. 2 Quartalen einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (APK) gegeben haben (2)
- sowie min. 1 APK pro Quartal stattgefunden haben muss (auch per Videosprechstunde möglich, mit entsprechender Kennzeichnung der Ziffer (z. B. 03230V)) (1).

Von den Voraussetzungen der kontinuierlichen ärztlichen Betreuung ausgenommen sind Neugeborene und Säuglinge.

Bei einem den Patienten betreuenden Hausarztwechsel bleibt eine kontinuierliche Betreuung bestehen, wenn der neue Hausarzt die stattgefundenen APK dokumentiert sowie die kodierte Zusatznummer „H" (bspw. 03220H) in der Abrechnung angibt.[10,24]

Abrechenbare Leistungen zu den Versichertenpauschalen (03000/04000) bei Chronikern[10]

GOP	Bezeichnung	Bemerkung	€-Wert (Q4/2021)
03220/ 04220	Zuschlag zur GOP 03000/04000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung.	Ein persönlicher APK.	14,46 €
03221/ 04221	Zuschlag zur GOP 03220/04220 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung.	» Einmal im Behandlungsfall. » Obligater Leistungsinhalt: - min. zwei persönliche APK oder - min. ein APK und APK im Rahmen der Videosprechstunde (Kennzeichnung der GOP mit „V") gem. Anlage 31b zum BMV-Ä oder - min. ein APK und ein telefonischer APK, Überprüfung und/oder Anpassung und/oder Einleitung von Maßnahmen der leitliniengestützten Behandlung der chronischen Erkrankung(en).	4,45 €
03222/ 04222	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03220/04220.	» Einmal im Behandlungsfall. » Wird bei Abrechnung der 03220/04220 automatisch durch die zuständige KV zugesetzt.	1,11 €
03230/ 04230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist.	Obligater Leistungsinhalt: » Gespräch von mindestens 10 Minuten Dauer, » mit einem Patienten und/oder » einer Bezugsperson. » Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer GOPen und der GOP 03230 ist eine mindestens 10 Min. längere APK Zeit als in den entsprechenden GOP angegeben Voraussetzung für die Berechnung der GOP 03230. auch per Video möglich, dann Kennzeichnung der GOP mit „V".	14,24 €

GOOD TO KNOW: AUSNAHMEKENNZIFFER 32022 – MANIFESTER DIABETES MELLITUS

GOOD TO KNOW:
Ausnahmekennziffern

In Deutschland sind mehr als 8 Mio. Menschen mit einer der beiden Hauptformen des Diabetes mellitus diagnostiziert (Typ-1-Diabetes: 373.000, Typ-2-Diabetes: 8 Mio.). Hochrechnungen zufolge werden bis 2040 ca. 11,5 Mio. Menschen in Deutschland Diabetiker sein.[25]

Einhergehen können beide Diabetes-Formen mit Komorbiditäten wie Herz- und Gefäßkrankheiten, Schäden an Augen, Nerven und Nieren sowie dem diabetischen Fußsyndrom.[26]

Die dritte verbreitetere Form, der sogenannte Gestationsdiabetes, betrifft ca. 2 – 5 % aller Schwangeren, ist symptomlos und wird in den Schwangerschaftswochen 24 + 0 bis 27 + 6 diagnostiziert. Gestationsdiabetes führt nicht automatisch zu einer dauerhaften Erkrankung an einer der anderen Diabetesformen, erhöht aber das Risiko eines späteren Typ-2-Diabetes.[27] Daher werden nach Gestationsdiabetes regelmäßige orale Glukosetoleranztests (oGTT) empfohlen.

Mit der Ausnahmekennziffer (AKZ) 32022 ist dem niedergelassenen Arzt die Möglichkeit gegeben, die zu diesem Zweck notwendigen Laboruntersuchungen ohne Belastung des Laborbudgets zu veranlassen.[10]

32022: „Manifester Diabetes mellitus“

Welche Diagnostik ist Bestandteil der AKZ 32022?[10]

Urintest
- Glukose im Urin
- Urin-Mikroalbumin

Blutlabor:
- Glukose im Blut (venöses Vollblut oder venöses Plasma)
- Kreatinin (Jaffé-Methode)
- HbA1, HbA1c-Test-Methode

TIPPS
- Im Behandlungsfall können mehrere Ausnahmekennziffern zutreffen und müssen nebeneinander angegeben werden, z. B. kann für eine entwickelte chronische Niereninsuffizienz mit einer endogenen Kreatinin-Clearance < 25 ml/min die AKZ 32018 zusätzlich zur AKZ 32022 angegeben werden.
- Im Fall von einer manifesten angeborenen Stoffwechsel- und/oder endokrinologischen Erkrankung(en) bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr können weitere Untersuchungen unter Angabe der AKZ 32017 möglich sein.
- Zum Ausschluss oder gezielter Typ-1-Diabetes-Diagnostik können spezifische Antikörpertests mittels Laborüberweisungsschein (Muster 10) veranlasst werden. Bei unauffälligen Befunden kann eine seltenere Diabetes-Form vorliegen (z. B. MODY). Bei dem Verdacht müsste ein Gentest zur weiteren Diagnosestellung hinzugezogen werden.
- Bei Gestationsdiabetes ist ein Schnelltest für oGT mittels Kapillarblutentnahme nicht ausreichend, es muss gem. Mutterschafts-Richtlinie (Mu-RL) ein Bluttest aus venösem Plasma veranlasst werden.[27]

Quellen:

1 Gemeinsamer Bundesausschuss (2021): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie) zuletzt geändert am 20.11.2020, in Kraft getreten am 12.02.2021. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/richtlinien/10/.

2 Institut des Bewertungsausschusses (2021): Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 567. Sitzung am 04. August 2021 Teil A zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2021. Verfügbar unter: https://institut-ba.de/ba/beschluesse.html.

3 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021): Praxisnachrichten. Vergütung zur Kryokonservierung von Ei- und Samenzellen festgelegt. Verfügbar unter: https://www.kbv.de/html/1150_52851.php

4 Institut des Bewertungsausschusses (2021): Beschluss Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 562. Sitzung am 9. Juni 2021 (schriftliche Beschlussfassung). Verfügbar unter: 2021-06-09_ba562.pdf (https://institut-ba.de/ba/beschluesse.html)

5 Gemeinsamer Bundesausschuss (2021): Richtlinie zur Kryokonservierung. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/richtlinien/119/

6 Institut des Bewertungsausschusses (2021): Beschluss Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 565. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung). https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2021-07-22_ba565.pdf

7 Kassenärztliche Vereinigung Hessen (2021): Für Mitglieder. Abrechnung & Honorar. Abrechnung & EBM. Neu im EBM. Kryokonservierung. Verfügbar unter: https://www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/neu-im-ebm/juli-21/kryokonservierung/

8 Garrido P, Cueto P, Rovira C, Garcia E, Parra A, Enriquez R, Pinos A, Sosa M, Hernandez-Aguilera A, Vallverdu I. (2020): Clinical value of procalcitonin in critically ill patients infected by SARS-CoV-2. In: American Journal of Emergency Medicine YAJEM-159556; No of Pages 7; 2020. Doi: 10.1016/j.ajem.2020.11.011

9 Wang RR, He M, Kang Y. (2021): A risk score based on procalcitonin for predicting acute kidney injury in COVID-19 patients. In: Journal of Clinical Laboratory Analysis 2021;35: e23805. DOI: 10.1002/jcla.23805

10 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021): Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 4. Quartal 2021. Verfügbar unter: KBV – Arztgruppen-EBM.

11 Institut für Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen (2016): Was sind Disease-Management-Programme (DMP)?. Verfügbar unter: Was sind Disease-Management-Programme (DMP)? (gesundheitsinformation.de).

12 Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung (2001): Artikel 1. Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – Verfügbar unter: Bundesgesetzblatt (bgbl.de).

13 Gemeinsamer Bundesausschuss (o. J.): Disease-Management-Programme. Verfügbar unter: Disease-Management-Programme – Gemeinsamer Bundesausschuss (g-ba.de).

14 Bundesamt für Soziale Sicherung (2020): Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme (Disease Management Programme – DMP) durch das Bundesamt für Soziale Sicherung. Verfügbar unter: DMP – Grundlegende Informationen – www.bundesamtsozialesicherung.de.

15 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020): Disease-Management-Programme. Verfügbar unter: KBV – DMP.

16 Hecken, J. (2020): Disease-Management-Programme für versicherte mit Diabetes mellitus Typ 1 und 2 – Aktuelles. In: Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG); diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe (2020): Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2021. Die Bestandsaufnahme. S. 190-195. Verfügbar unter: Gesundheitsberichte: Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (deutsche-diabetes-gesellschaft.de).

17 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (1988): § 137g Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme. Zuletzt geändert am 23.06.2021. Verfügbar unter: § 137g SGB 5 – Einzelnorm (gesetze-im-internet.de)

18 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung – RSAV (1994): Abschnitt 5. Anforderungen an die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Zuletzt geändert am 17.03.2021. Verfügbar unter: RSAV – Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (gesetze-im-internet.de).

19 Gemeinsamer Bundesausschuss (2014): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V. Verfügbar unter: Richtlinie (g-ba.de).

20 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (1988): § 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten. Zuletzt geändert am 01.01.2020. Verfügbar unter: § 137f SGB 5 – Einzelnorm (gesetze-im-internet.de).

21 Gemeinsamer Bundesausschuss (2014): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL). Zuletzt geändert am 17.12.2020. Verfügbar unter: Richtlinie (g-ba.de).

22 Eigene Darstellung in Anlehnung an: Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (1988): § 137g Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme. Zuletzt geändert am 23.06.2021. Verfügbar unter: § 137g SGB 5 – Einzelnorm (gesetze-im-internet.de) und § 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten. Zuletzt geändert am 01.01.2020. Verfügbar unter: § 137f SGB 5 – Einzelnorm (gesetze-im-internet.de).

23 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2020): Diabetes Typ 2. Verfügbar unter: Diabetes Typ 2 | Gesundheitsinformation.de

24 Zimmermann, G. W. (2018): Chronikerziffern: vor Rückforderungen schützen. In: Medical Tribune (o. S.). Verfügbar unter: Chronikerziffern: vor Rückforderungen schützen – Medical Tribune (medical-tribune.de)

25 Tönnies, T, Rathmann, W. (2020): Epidemiologie des Diabetes in Deutschland. In: Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG); diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe (2020): Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2021. Die Bestandsaufnahme. S. 9-16. Verfügbar unter: Gesundheitsberichte: Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (deutsche-diabetes-gesellschaft.de).

26 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2020): Diabetes Typ 2. Verfügbar unter: Diabetes Typ 2 | Gesundheitsinformation.de

27 Gemeinsamer Bundesausschuss (1985): Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien"). Zuletzt geändert am 20.08.2020. Verfügbar unter: Richtlinien (g-ba.de).

Sie möchten die amedes Abrechnungsnews regelmäßig erhalten?

Dann melden Sie sich gerne für den Newsletter über unsere Hompage an:
https://www.amedes-group.com/service/abrechnung/anmeldung-newsletter-abrechnungsnews/

Kontakt:

amedes Medizinische Dienstleistungen GmbH
Haferweg 40 · 22769 Hamburg
Telefon 0800 58 91 669
Telefax 0800 58 91 911
www.amedes-group.com

*Aus Gründen der besseren Lesbarkeit nutzen wir in den meisten Texten die männliche Form. Nichtsdestoweniger beziehen sich die Inhalte auf Angehörige aller Geschlechter.

© amedes 10/2021 | Nachdruck verboten | SAP-Nr. 572900