

Wichtige Information im Zusammenhang mit der Durchführung des Screenings auf Gestationsdiabetes für Versicherte der AOK PLUS

Seit März 2012 ist das Screening auf Gestationsdiabetes ein Bestandteil der Mutterschaftsrichtlinie und somit eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Aktuell gibt es jedoch noch keine Bewertung der Leistung im EBM, was eine Abrechnung über die Krankenversicherungskarte (KV Karte) unmöglich macht. Dies hat zur Folge, dass die betroffenen Schwangeren für die Leistung eine private Rechnung nach GOÄ erhalten und diese zur Kostenerstattung bei ihrer Krankenkasse einreichen müssen.

Die AOK PLUS und die KVS haben deshalb entschieden, dass mit sofortiger Wirkung auch der 50g-oGTT im Rahmen des Strukturvertrages erbracht und abgerechnet werden kann. Das medizinische Verfahren entspricht dabei den Vorgaben der Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (**Mutterschafts-Richtlinien; Abschnitt 2 MuSchHiRL ; A. Untersuchungen und Beratungen sowie sonstige Maßnahmen während der Schwangerschaft; Nr. 8**). Die Abrechnung erfolgt über die bereits festgelegten Abrechnungsziffern des Strukturvertrages. **Die im Vertrag vereinbarten Vergütungen und Abrechnungsbedingungen bleiben bestehen und gelten ab sofort sowohl für den 75g- als auch für den 50g-oGTT.**

Wichtiger Hinweis:

Werden die in den Mutterschaftsrichtlinien festgelegten Werte im 50g-oGTT erreicht oder überschritten, ist die weitere Diagnostik und Betreuung der Schwangeren in enger Zusammenarbeit mit einer diabetologischen Schwerpunktpraxis zu regeln. Unabhängig von dieser Regelung sind die fachlichen Empfehlungen der Leitlinie Gestationsdiabetes der DDG/DGGG zum Vorgehen bei Risikoschwangeren zu beachten.

Mit dieser pragmatischen Lösung soll das aufwändige Verfahren der Privatliquidation und der Kostenerstattung für die schwangeren AOK PLUS Versicherten möglichst vermieden werden, damit diese die Möglichkeit haben, diese wichtige Untersuchung im Verlauf ihrer Schwangerschaft kostenfrei zu nutzen. Für die behandelnden Ärzte verringert sich durch die KV-Abrechnung der bürokratische Aufwand für die AOK-Versicherten.

Diese Übergangsregelung gilt bis zur Bewertung des Screenings und der damit verbundenen Einführung einer GOP im EBM.