

KVBIINFOS

05 | 23
06

ABRECHNUNG

- 46 Die nächsten Zahlungstermine
- 46 Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2023
- 50 EBM-Änderungen zum 1. Januar 2023
- 51 EBM-Änderungen zum 1. April 2023
- 56 Zuschläge zur Förderung Ambulantes Operieren
- 56 Zuschlag Hausarzt-Vermittlung
- 57 Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten

VERORDNUNG

- 58 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 59 Außerklinische Intensivpflege
- 59 Evusheld nur noch für Hochrisikopersonen
- 60 Videosprechstunde: Krankenpflege und Reha

QUALITÄT

- 60 QS PCI und QS NET: elektronische Dokumentation
- 60 Krebsfrüherkennung: elektronische Dokumentation

IT IN DER PRAXIS

- 61 Aktuelle Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern
- 62 OPAL: Plattform wird eingestellt

ALLGEMEINES

- 62 Energiekrise: Hilfe für Praxen
- 63 Notvertretungsrecht für Ehegatten

SEMINARE

- 63 Hinweis zu KVB-Seminaren

Die nächsten Zahlungstermine

10. Mai 2023

Abschlagszahlung April 2023

12. Juni 2023

Abschlagszahlung Mai 2023

10. Juli 2023

Abschlagszahlung Juni 2023

31. Juli 2023

Restzahlung 1/2023

10. August 2023

Abschlagszahlung Juli 2023

11. September 2023

Abschlagszahlung August 2023

10. Oktober 2023

Abschlagszahlung September 2023

31. Oktober 2023

Restzahlung 2/2023

10. November 2023

Abschlagszahlung Oktober 2023

11. Dezember 2023

Abschlagszahlung November 2023

** Abschlagszahlungen im Notarzdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später*

Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2023

Abrechnungsabgabe

Wann?	Einreichung bis spätestens Montag, den 10. Juli 2023
Wie?	online
Wo?	<ul style="list-style-type: none"> ■ im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ über Service „Honorar & Abrechnung“ oder ■ über den Kommunikationskanal KV-Connect
Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Die Abrechnung muss vollständig und korrekt sein. ■ Persönliche Leistungserbringung qualifikationsgebundener Leistungen insbesondere bei angestellten Ärztinnen und Ärzten, in Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren. ■ Sammelerklärung
Verspätete Abgabe	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sollten Sie einmal den Abgabetermin für Ihre Quartalsabrechnung (bis spätestens zum zehnten Kalendertag des ersten Monats nach Abschluss des Abrechnungsquartals) nicht einhalten können, besteht die Möglichkeit, eine Fristverlängerung online über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ unter Service „Honorar & Abrechnung“ mit dem Suchbegriff „Fristverlängerung der Quartalsabrechnung“ zu beantragen. Hierbei erhalten Sie eine vom System generierte Eingangsbestätigung/Genehmigung. Wichtig: Eine Fristverlängerung ist aus prozesstechnischen Gründen nur für längstens 14 Tage möglich. Für Abrechnungen, die nach dem 24. Kalendertag des ersten Monats nach Abschluss des Abrechnungsquartals eingehen, können wir weder eine Verarbeitung noch die nächsten Abschlagszahlungen garantieren. ■ Liegt ein außergewöhnlicher, begründeter Ausnahmefall (zum Beispiel Krankheit, Tod) vor, der eine Verlängerung der Abgabefrist außerhalb des regulären Bearbeitungsprozesses notwendig macht (also Abgabe nach dem 24. Kalendertag des ersten Monats nach Abschluss des Abrechnungsquartals), so können Sie die Fristverlängerung unter der E-Mail-Adresse Terminverlaengerung@kvb.de beantragen. Liegt ein Ausnahmefall vor, erhalten Sie von uns einen neuen Abgabetermin. ■ Hinweis: Terminverlängerungen für Notarztabrechnungen und Abrechnungen Leitender Notärzte siehe Kapitel „Sonstige Abrechnungen mit separaten Einreichungsterminen“
Wichtig	Eine mögliche Verlängerung der Abgabefrist bezieht sich nur auf die Abrechnung nicht bereits verjährter Fälle und nicht auf die elektronische Dokumentation der Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen der KVB.
Empfangsbestätigung	Über den Eingang Ihrer Abrechnungsunterlagen können Sie eine Empfangsbestätigung unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 - 6 87 80 anfordern.

Nähere Informationen zur Online-Abrechnung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/Online-Abrechnung*. Gerne können Sie uns Ihre Abrechnung und Unterlagen auch schon früher zusenden.

Wir empfehlen vor Übermittlung Ihrer Abrechnung die Durchsicht der in Ihrer Praxissoftware durch das KBV-Prüfmodul erzeugten GNR-Statistik (also der Aufstellung/Übersicht aller abgerechneten Gebührennummern/Leistungspositionen) und gegebenenfalls der Fallstatistik. Dadurch verschaffen Sie sich einen schnellen Überblick und haben noch die Möglichkeit, eventuell erforderliche Korrekturen oder Ergänzungen vor der Übermittlung der Abrechnung vorzunehmen.

Korrekturen und/oder Ergänzungen nach Übermittlung der Abrechnung

Korrekturen notwendig?	Bitte senden Sie uns Ihre Korrekturwünsche umgehend zu.
Frist für Korrekturen	Sofern uns Ihr Korrekturwunsch innerhalb eines Monats nach dem offiziellen Abrechnungsabgabetermin erreicht, können wir die Änderungen noch aktuell in Ihrer Abrechnung berücksichtigen.
Frist verpasst?	Nach den Abrechnungsbestimmungen kann ausnahmsweise innerhalb eines Monats nach Erhalt des Honorarbescheids und der Richtigstellungsmitteilung eine Berichtigung/Ergänzung der Abrechnung noch beantragt werden, sofern <ul style="list-style-type: none"> ■ die eingereichte Abrechnung objektiv erkennbar unzutreffend ist und ■ die Nichtvergütung der betroffenen Leistungen einen Honorarverlust zur Folge hätte, der einen unverhältnismäßigen Eingriff in den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes darstellen würde.
Anschrift	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns „Abrechnungskorrekturen“ Vogelsgarten 6 90402 Nürnberg

Die Gesamtversion der Abrechnungsbestimmungen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/Buchstabe „A“*.

Sammelerklärung

Sammel- erklärung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Im Mitgliederportal „Meine KVB“ unter Service „Honorar & Abrechnung“ wird ein personalisiertes Formular der Sammelerklärung zum Download zur Verfügung gestellt, das Sie bitte ausdrucken, unterschreiben und auf dem Postweg an die KVB senden. ■ Das Herunterladen ist auch als eigenständiger Vorgang möglich (unabhängig davon, ob gleichzeitig eine Datei eingereicht werden soll oder nicht). ■ Die Einreichung der Sammelerklärung an die KVB in Papierform ist aufgrund der erforderlichen Originalunterschrift(en) weiterhin notwendig.
Wichtig	Die Abgabe der Sammelerklärung mit Garantiefunktion ist Voraussetzung für die Entstehung des Honoraranspruchs des einzelnen Vertragsarztes (BSG, Urteil vom 17. September 1997, 6 RKA 86/95 Rn 19f.). Fehlt die ordnungsgemäße Sammelerklärung , darf die KVB die „abgerechneten“ Leistungen nicht vergüten, da kein Honoraranspruch entstanden ist.

Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung (dann jedoch ohne Personalisierung) können Sie auch weiterhin unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Buchstabe „S“* herunterladen.

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg

Zusätzliche Unterlagen	<ul style="list-style-type: none"> ■ unterschriebene Sammelerklärung ■ bei Behandlung von Patienten der Besonderen Kostenträger sind verpflichtend Unterlagen in Papierform einzureichen. Siehe „Checkliste Papierunterlagen Besko“. <p>Wichtig: Es sind – auch aus Datenschutzgründen – ausschließlich die dort aufgeführten Unterlagen einzureichen!</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ gegebenenfalls Sachkostenrechnungen inklusive Deckblatt Rechnungseinreichung Sachkosten
Anschrift für Briefsendungen	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns „Quartalsabrechnung“ 93031 Regensburg
Anschrift für Päckchen/Pakete	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Oberpfalz Pommernstraße 17 + 19 Süd 93073 Neutraubling
Wichtig	Bitte vergessen Sie nicht, den Arztstempel einschließlich der Betriebsstättennummer auf den eingereichten Unterlagen sowie dem Briefumschlag anzubringen.
Fragen zur Einreichung der Abrechnung?	Bei Fragen erreichen Sie uns unter Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Zur besseren Übersicht über die einzureichenden Scheine steht Ihnen die „Checkliste Papierunterlagen Besko“ sowie das Merkblatt „Abrechnung Besondere Kostenträger“ mit detaillierteren Informationen unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Erstellung-Abgabe-Korrektur/Besondere Kostenträger* zur Verfügung. Es ist erforderlich, bei der Einreichung von Sachkostenrechnungen ein entsprechendes Deckblatt mit beizufügen. Dieses steht Ihnen unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Vergütungsverträge/Buchstabe „S“/Sachkostenerstattung* - im Kästchen „Formulare“ zur Verfügung.

Sonstige Abrechnungen mit separaten Einreichungsterminen

Notarzteinsätze über emDoc	<ul style="list-style-type: none"> ■ Eine Besonderheit stellt die Einreichung und Abrechnung von Notarzteinsätzen über emDoc dar. Mit emDoc können Sie Ihre Fälle laufend zur Abrechnung einreichen. Alle bis zum jeweiligen Abrechnungslauf eingereichten Fälle werden berücksichtigt. ■ Die Frist endet mit Ablauf des Folgequartals auf das Leistungsquartal. ■ Die Anwendung startet im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ unter Service „Honorar & Abrechnung“ mit dem Suchbegriff „Notarzt-Abrechnung anlegen“. ■ Anders als bei der sonst erforderlichen Einreichung der handschriftlich unterzeichneten Sammelerklärung bestätigen Sie in emDoc auf elektronischem Weg, dass Sie die Leistungen persönlich den Bestimmungen entsprechend erbracht haben.
----------------------------	--

Termin verpasst für die emDoc-Abrechnung?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Für eine Fristverlängerung für die Abrechnung von Notarzteinsätzen wenden Sie sich bitte vor Ablauf der Frist schriftlich an emDoc@kvb.de.
Fragen/Infos zu emDoc?	<p>Bei Fragen erreichen Sie uns unter</p> <p>Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88</p> <p>Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25</p> <p>E-Mail emDoc@kvb.de</p>
Leitender Notarzt (LNA) per Postsendung	<ul style="list-style-type: none"> ■ LNA-Einsätze können laufend zur Abrechnung eingereicht werden. Alle bis zum jeweiligen Abrechnungslauf eingereichten Fälle werden berücksichtigt. <p>Da es sich bei der Abrechnungserklärung um eine rechtlich verbindliche Erklärung handelt, muss sie unbedingt unterschieden und im Original per Post (Adresse siehe unten) eingereicht werden.</p> <p>Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Notdienste Anwendungsbetreuung Elsenheimerstr. 39 80687 München</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Die Frist endet mit Ablauf des Folgequartals auf das Leistungsquartal. ■ Die Abrechnung von Leistungen als Leitender Notarzt in Bayern erfolgt mit der Abrechnungserklärung für Leitende Notärzte. ■ Im Formular sind lediglich die Einsatzdaten wie Datum, Uhrzeit, Ort, ILS, ILS-Einsatznummer und der Alarmierungsgrund zu dokumentieren. Das Formular kann am PC ausgefüllt, abgespeichert und ausgedruckt werden. ■ Ausführliche Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik <i>Praxis/Notarzdienst/Leitender Notarzt</i>.
Termin verpasst für die LNA-Abrechnung?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Für eine Fristverlängerung für die Abrechnung von LNA-Einsätzen wenden Sie sich bitte vor Ablauf der Frist schriftlich an LNA@kvb.de
Fragen/Infos zur LNA-Abrechnung?	<p>Bei Fragen erreichen Sie uns unter</p> <p>Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88</p> <p>Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25</p> <p>E-Mail LNA@kvb.de</p>

EBM-Änderungen zum 1. Januar 2023

Der Bewertungsausschuss hat rückwirkend zum 1. Januar 2023 die Bewertung der Kostenpauschalen für – im Zusammenhang mit der Durchführung einer Radiosynoviorthese nach den Gebührenordnungspositionen 17371 oder 17373 eingesetzte – Radionuklide im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) erhöht. Bis zum 30. September wird der Bewertungsausschuss prüfen, ob weiterer Anpassungsbedarf besteht.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 640. Sitzung wurde auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Er steht unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Kostenpauschale des EBM	Beschreibung	Bewertung bis 31. Dezember 2022	Bewertung ab 1. Januar 2023
40556	Y-90-Colloid	100,- Euro	130,- Euro
40558	Re-186-Colloid	125,- Euro	163,- Euro
40560	Er-169-Colloid	95,- Euro	124,- Euro

EBM-Änderungen zum 1. April 2023

Der Bewertungsausschuss hat zum 1. April 2023 Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) beschlossen. Über die wichtigsten Änderungen wurden die betroffenen Praxen in gesonderten Rundschreiben bereits informiert. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese kurz dar.

Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses aus seiner 635., 637., 638., 639., 641 und 642. Sitzung wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Sie stehen unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Intraoculare Eingriffe: Kennzeichnung bei Implantation einer Sonderlinse und Sachkosten ambulantes Operieren


Beschluss aus der 635. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Die bereits bestehende gesetzliche Mehrkostenregelung zur Versorgung von Versicherten mit einer Sonderlinse statt einer Standardlinse bei bestimmten intraocularen Eingriffen wurde vom Bewertungsausschuss mit Wirkung zum 1. April 2023 in einer klarstellenden Regelung in die Präambel 2.1 zum Anhang 2 – „Zuordnung der operativen Prozeduren (OPS) zu den Kapiteln 31 und 36“ – in den EBM aufgenommen.

Kennzeichnung der intraocularen Eingriffe bei Sonderlinsen im EBM

Mit der Klarstellung zur Berechnungsfähigkeit der ambulanten und belegärztlichen Operationen aus den Ab-

schnitten 31.2 und 36.2 EBM wurde auch eine Kennzeichnungspflicht in den EBM aufgenommen. Die Kennzeichnung betrifft intraoculare Eingriffe, deren Kategorie mit einem „A“ gekennzeichnet ist und für die keine medizinische Indikation für die Implantation einer Sonderform der Intraocularlinse vorliegt und die Implantation über das Maß des Notwendigen hinausgeht, weil Patienten eine Sonderform der Intraocularlinse wählen.

 Diese Eingriffe sind ab dem 1. April 2023 in der Abrechnung mit einem „I“ zu kennzeichnen (zum Beispiel GOP 313511 in KVDT-Feldkennung 5001 „GNR“).

Folgende Operationen sind im Falle der Mehrkostenregelung mit „I“ zu kennzeichnen:

- ambulant: GOPen 31332, 31333, 31334 oder 31351
- belegärztlich: GOPen 36332, 36333, 36334 oder 36351

Zusätzlich wurde noch ein Hinweis in den EBM aufgenommen, dass die Mehrkosten für ärztliche Leistungen und Sachmittel im Zusammenhang mit diesen Eingriffen durch den Versicherten selbst zu tragen sind.

Die Kennzeichnungspflicht betrifft ausschließlich Eingriffe, die nach dem EBM abgerechnet werden. Eingriffe, die im Rahmen der bayerischen **Kataraktvereinbarung** abgerechnet werden (Abrechnungsziffern 97442 und 97443), müssen **nicht mit „I“** gekennzeichnet werden.

Sachkosten ambulantes Operieren: Pauschalbetrag „Sonderlinsen“

In unserem Serviceschreiben vom 18. Dezember 2020 haben wir Sie

informiert, dass Sie „Sonderlinsen“ (IOL, die gemäß Paragraph 33 Absatz 1 Satz 9 SGB V über das Maß des Notwendigen hinausgehen) mit der Abrechnungsnummer **96200** und einem Pauschalbetrag in Höhe von **140,- Euro pro Linse** über die KVB abrechnen können. Wir möchten Sie nochmals darauf hinweisen, dass eine Rechnung an den Patienten ohne Abzug des GKV-Anteils (140,- Euro) nicht zulässig ist. In der Rechnung an den Patienten ist der GKV-Anteil auszuweisen.

Neues OP-Verfahren im EBM: Hochfrequenzablation des Endometriums mittels Netzelektrode

Beschluss aus der 642. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

In den KVB INFOS, Ausgabe 11-12/2022, haben wir Sie über die Aufnahme der Hochfrequenzablation (HF-Ablation) des Endometriums mittels Netzelektrode bei Menorrhagie in die Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) informiert. Der Bewertungsausschuss hat nun mit Wirkung zum 1. April 2023 die Vergütung im EBM beschlossen.

Anspruchsberechtigte Patientinnen

Die HF-Ablation darf nur bei Patientinnen mit Menorrhagien und Indikation zur Durchführung einer ablativen Behandlung des Endometriums durchgeführt werden (siehe Paragraph 2 der Nr. 39 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der G-BA-Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“).

Neuaufnahme weiterer Zeilen in Anhang 2 (OPS) des EBM)

OPS-Kode	Bezeichnung OPS 2023	Kategorie	OP-Leistung ambulant/belegärztlich	Bewertung EBM/B€GO	Überwachung ambulant/belegärztlich	Bewertung EBM/B€GO
5-681.53	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus:	TT2	31319	2.437 Punkte/ 280,05 Euro	31503	488 Punkte/ 56,08 Euro
	Endometriumablation:		36319		36503	
	Hochfrequenzablation			1.143 Punkte/ 131,35 Euro		58 Punkte/ 6,67 Euro

Tabelle 1

Operativer Eingriff im Anhang 2 (siehe Tabelle 1)

Bei der Abrechnung der Gebührenordnungspositionen ist Folgendes zu beachten:

- Die OP-Leistungen sind nur berechnungsfähig von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.
- Neben den GOPen für die OP-Leistung sind in einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, von der operierenden Praxis nur die in den Präambeln 31.2.1 Nr. 8 beziehungsweise 36.2.1 Nr. 4 EBM aufgeführten GOPen berechnungsfähig.
- Die **Sachkosten** im Zusammenhang mit der Durchführung einer HF-Ablation mittels Netzelektrode können über die neu aufgenommene **Kostenpauschale 40685** (1.020 Euro) zu der ambulanten OP-Leistung nach der GOP 31319 berechnet werden.
- Für die postoperative Überwachung kann ambulant die GOP 31503 oder belegärztlich die GOP 36503 abgerechnet werden.
- Für die **postoperative Behandlung** kann – einmalig innerhalb von 21 Tagen – im Anschluss an die **ambulante HF-Ablation** die **GOP 31697** (= bei Überweisung durch den Operateur) oder die **GOP 31698** (= bei Erbringung durch den Operateur) abgerechnet werden.

Vergütungsabschläge bei Durchführung ohne diagnostische Hysteroskopie

Die Hochfrequenzablation des Endometriums mittels Netzelektrode (OPS-Kode 5-681.53) wird im Regelfall in Kombination mit einer diagnostischen Hysteroskopie (OPS-Kode 1-672) erbracht. Daher beinhalten die Leistungen für die HF-Ablation eine diagnostische Hysteroskopie in derselben Sitzung.

Möglich ist jedoch auch ein zweizeitiges Vorgehen, bei dem die diagnostische Hysteroskopie schon im Vorfeld durchgeführt wird. Bei Durchführung der HF-Ablation **ohne diagnostische Hysteroskopie** in derselben Sitzung werden **Abschläge auf die Bewertung** der OP-Leistungen sowie der zugehörigen Leistungen für die Anästhesie und/oder Narkose, der post-operativen Überwachung und die postoperative Behandlung vorgenommen (siehe Präambel 31.2.12 Nr. 2 und 36.2.12 Nr. 2 EBM):

Kapitel 31 EBM		Kapitel 36 EBM	
GOP	Abschlag in Punkten	GOP	Abschlag in Punkten
31319	1.027	36319	710
31503	245	36503	29
31697	163		
31698	164		

Automatische Umsetzung der Abschläge für Operateure anhand vorhandener OPS-Kodierung

Die Abschläge auf die Operationsleistung (GOP 31319 oder 36319) sowie die vom Operateur gegebenenfalls im gleichen Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnete Überwachung und/oder im gleichen Abrechnungsquartal abgerechnete ambulante postoperative Behandlung setzen wir abhängig vom Vorhandensein der zutreffenden OPS-Kodes für die HF-Ablation und die diagnostische Hysteroskopie in der Abrechnung automatisiert um.

Wichtig: Geben Sie bei einer Durchführung der HF-Ablation mit Hysteroskopie **beide OPS-Kodes**, das heißt die der Ablation (5-681.53) und der Hysteroskopie (1-672), **in die KVDT-Feldkennung 5035 „OP-Schlüssel“ zur abgerechneten OP-Leistung an** (zwei Feldkennungen 5035 zur OPI!). Eine weitere Kennzeichnung ist nicht notwendig. Ist nur der OPS-Kode 5-681.53 für die HF-Ablation bei der abgerechneten OP-Leistung angegeben, wird die OP nach GOP 31319 beziehungsweise 36319 sowie die gegebenenfalls abgerechnete Überwachung nach GOP 31503 beziehungsweise 36503 und/oder postoperative Behandlung nach GOP 31698 von uns mit Abschlag vergütet.

Notwendige Kennzeichnung durch den Abrechner bei Durchführung der HF-Ablation ohne Hysteroskopie

Eine Kennzeichnung der HF-Ablation ohne Hysteroskopie in derselben Sitzung zur korrekten Umsetzung der Abschlagsregelung ist in den folgenden Fällen durch die abrechnende Praxis selbst vorzunehmen:

- **Quartalsübergreifende Nachbehandlung durch den Operateur:** Wird die ambulante postoperative Nachbehandlung vom Operateur erst im Folgequartal nach der OP abgerechnet, ist die GOP 31698 in der Abrechnung mit dem **Buchstaben „A“** (GOP 31698A) in der KVDT-Feldkennung 5001 „GNR“ zu kennzeichnen.
- **Nachbehandlung auf Überweisung des Operateurs:** Wird die ambulante postoperative Nachbehandlung auf Überweisung des Operateurs erbracht, ist die GOP 31697 in der Abrechnung mit dem **Buchstaben „A“** (GOP 31697A) in der KVDT-Feldkennung 5001 „GNR“ zu kennzeichnen. Auf dem **Überweisungsschein ist vom Operateur die GOP 31697A** bei Durchführung der HF-Ablation ohne Hysteroskopie entsprechend **anzugeben**.

Anästhesisten

Die **Anästhesie oder Narkose** zur HF-Ablation kann ambulant mit der GOP 31822 beziehungsweise belegärztlich mit der GOP 36822 abgerechnet werden. Auch für die Anästhesie oder Narkose und für eine vom Anästhesisten gegebenenfalls abgerechnete postoperative Überwachung sieht der EBM bei der Durchführung der HF-Ablation (OPS-Kode 5-681.53) ohne eine Hysteroskopie (OPS-Kode

1-672) einen **Vergütungsabschlag** aufgrund der kürzeren Eingriffszeit vor:

Kapitel 31 EBM		Kapitel 36 EBM	
GOP	Abschlag in Punkten	GOP	Abschlag in Punkten
31503	245	36503	29
31822	349	36822	232

Im Falle einer Durchführung der HF-Ablation **ohne** diagnostische Hysteroskopie in der gleichen Sitzung ist die Narkose (GOP 31822 oder 36822) und/oder die postoperative Überwachung (GOP 31503 oder 36503) zur korrekten Umsetzung der Abschlagsregelung in der Abrechnung mit dem **Buchstaben „A“** in KVDT-Feldkennung 5001 „GNR“ zu kennzeichnen (zum Beispiel 31822A).

Genehmigung

Für die Erbringung und Abrechnung der ambulanten OP-Leistung ist eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von ambulanten Operationen (QSV ambulantes Operieren) notwendig beziehungsweise für die belegärztliche OP-Leistung eine Anerkennung als Belegarzt.

Vergütung

Die Leistungen der Kapitel 31 und 36 werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt. Für die Kostenpauschale 40685 empfiehlt der Bewertungsausschuss eine Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung auf Landesebene ist mit den Krankenkassen in Bayern noch zu vereinbaren.

DiGA Invirto: Neue GOP 01474 für Verlaufskontrolle und Auswertung

Beschluss aus der 641. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Für die notwendige Verlaufskontrolle und Auswertung der seit dem 2. Dezember 2022 dauerhaft im Verzeichnis gelisteten DiGA „Invirto“ wird mit Wirkung zum 1. April 2023 die GOP 01474 in den EBM aufgenommen. Gleichzeitig ist die GOP 86700 für die Vergütung der Verlaufskontrolle und Auswertung einer vorläufigen DiGA ab 1. April 2023 für die DiGA „Invirto“ nicht mehr berechnungsfähig.

NEU: GOP 01474 – Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) Invirto gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß Paragraph 139e SGB V

EBM-Bewertung 64 Punkte
Preis €€€ 7,35 Euro

- Agoraphobie mit und ohne Panikstörung (Modul Agora) oder
- Panikstörung (Modul Panik) oder
- Soziale Phobien (Modul Sozial)
- Je dokumentierter Indikation einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
- Ausschließlich bei Patienten im Alter zwischen 18 und 65 Jahren berechnungsfähig.
- Berechnungsfähig von: Vertragsärzten beziehungsweise -psychotherapeuten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Verhaltensthera-

pie gemäß der Psychotherapievereinbarung verfügen.

Den Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Psychotherapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durch Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Buchstabe „P“/Psychotherapie*.

- Weitere in Betracht kommende ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit der DiGA „Invirtio“ (ausgenommen: Verlaufskontrolle und Auswertung) sind als Bestandteil des EBM ausschließlich über die Gebührenordnungspositionen des EBM berechnungsfähig. Es besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung gemäß Paragraph 87 Absatz 5c Satz 4 SGB V.

Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme der GOP 01474 werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst. Die GOP 01474 wird nicht der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet und führt zum Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG).

Vergütung

Für die neu in den EBM aufgenommene GOP 01474 empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung auf Landesebene ist mit den Krankenkassen in Bayern noch zu vereinbaren.

GOP 32816 – Nukleinsäurenachweis des beta-Coronavirus SARS-CoV-2

Beschluss aus der 638. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Die Vergütung der GOP 32816 wird ab dem 1. April 2023 von 27,30 Euro auf 19,90 Euro abgesenkt. Zudem wird die zweite Anmerkung, nach der die Befundmitteilung im Regelfall innerhalb von 24 Stunden nach Materialeinsendung erfolgen sollte, gestrichen.

Beauftragung der PCR-Labor-Testung nur noch mittels Muster 10 möglich

Seit dem 1. März 2023 ist bei gesetzlich Krankenversicherten mit COVID-19-Symptomen für die Beauftragung der PCR-Labor-Testung nur noch das Formular nach Muster 10 zu verwenden. Die Veranlassung entsprechender PCR-Labor-Testungen über Vordruck Muster 10C entfällt.

Zusatzpauschalen für Medikamentengabe sind künftig auch bei Gabe von Xenozyme® berechnungsfähig

Beschluss aus der 639. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Die Enzymersatztherapie mit dem neuen Arzneimittel Xenozyme®, die bei der seltenen Stoffwechselerkrankung ASMD durchgeführt wird, wird künftig nach dem EBM vergütet.

Seit dem 1. April 2023 können die GOPen 01540 bis 01542 für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter Behandlung mit Arzneimitteln (einschließlich Infusionen)

sowie die GOP 02102 für eine Infusionstherapie (ohne anschließende Beobachtung) mit dem Wirkstoff Olipudase alfa abgerechnet werden. Bislang konnten die vier Leistungen nur für Infusionstherapien mit Sebelipase alfa oder Velmanase alfa abgerechnet werden.

Vergütung

Die Vergütung der GOPen 02102 und 01540 bis 01542 erfolgt – zunächst befristet bis 30. März 2025 – außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Substitution: Leistungen auch von ärztlichen Psychotherapeuten berechnungsfähig

Beschluss aus der 637. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Seit dem 1. April 2023 können ärztliche Psychotherapeuten die Leistungen zur Substitutionsbehandlung und diamorphingestützten Behandlung der Drogenabhängigkeit nach den GOPen 01949 bis 01953, 01955, 01956 und 01960 abrechnen. Die Präambel 23.1 Nr. 2 EBM wurde entsprechend ergänzt.

Verordnungen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege für qualifizierte Ärzte

Beschluss aus der 637. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Seit dem 12. Januar 2023 dürfen alle Fachärzte mit der Zusatzweiterbildung Psychotherapie die Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (pHKP) verordnen, vergleiche Paragraph 4 Absatz 6 der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. In den Präambeln 5.1

Nr. 3, 6.1 Nr. 2, 9.1 Nr. 2, 10.1 Nr. 3, 15.1 Nr. 2 und 20.1 Nr. 2 EBM waren die GOPen 01422 und 01424 jedoch bisher noch nicht als zusätzlich berechnungsfähige Leistungen aufgeführt. Dies wurde nun geändert. Hausärzten werden die Verordnungsleistungen zur pHKP über die Versichertenpauschale vergütet.

Psychotherapie: EBM – Detailänderungen

Beschluss aus der 637. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Im Rahmen der Psychotherapie haben Patienten ab 18 Jahren grundsätzlich Anspruch auf Therapieangebote für Erwachsene und es gelten in diesen Fällen die Regelungen für Erwachsene (insbesondere die spezifischen Kontingente für die Behandlung von Erwachsenen) – Paragraf 1 Absatz 4 der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Dies gilt auch für die Probatorik nach GOP 35150, die psychotherapeutische Sprechstunde nach GOP 35151 und die Akutbehandlung nach GOP 35152, was in den Anmerkungen zur jeweiligen GOP nun klar zum Ausdruck kommt.

Visite auf der Belegstation und Serienangiographie künftig im Quartal nebeneinander abrechenbar

Beschluss aus der 637. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Ab dem 1. April 2023 kann die Visite auf der Belegstation nach GOP 01414 im Behandlungsfall neben der Serienangiographie nach GOP 34283 durchgeführt und berechnet werden. Hierzu wird die GOP 01414 in die zweite

Anmerkung zur GOP 34283 aufgenommen.

Beendete/endeende Gebührenordnungspositionen und Regelungen

■ **Gültig bis 31. März 2023 – GOP 01110 „Zuschlag bei Atemwegsinfektionen“**

Mit Wirkung zum 1. April 2023 endet der Zuschlag nach GOP 01110 zur Versicherten- und Grundpauschale für die Behandlung von Kindern mit bestimmten Atemwegserkrankungen für Haus- und Kinderärzte, HNO-Ärzte, Phoniater sowie Pneumologen (wurde in den Quartalen 4/2022 und 1/2023 automatisiert durch die KVB zugefügt).

■ **Gültig bis 31. März 2023 – Pseudo-GOP 88122 „Porto für postalischen Versand bei AU-Bescheinigung per Telefon“**

Die Corona-Sonderregelung zur telefonischen Krankschreibung bei gesetzlich Versicherten mit leichten Atemwegserkrankungen lief zum 31. März 2023 aus. Somit endet auch die Abrechnungsmöglichkeit der Portokosten über die Pseudo-GOP 88122 bei postalischem Versand einer AU-Ausstellung.

■ **Gültig bis 7. April 2023 – „COVID-19-Präexpositionsprophylaxe“**

Der Anspruch gesetzlich versicherter Patienten auf Versorgung mit monoklonalen Antikörpern zur Prophylaxe einer COVID-19-Erkrankung bestand nach der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung lediglich befristet und endete zum 7. April 2023.

Die für Hausärzte und Kinder- und Jugendmediziner sowie fachärztlich tätige Internisten berechnungsfähige GOP 01940 für die Prüfung der Indikation, Aufklärung und Beratung gesetzlich versicherter Patienten zur Präexpositionsprophylaxe mit dem monoklonalen Antikörper Evusheld® kann daher ab dem 8. April 2023 nicht mehr durchgeführt und abgerechnet werden.

Ebenso können die im Zusammenhang mit der Anwendung von monoklonalen Antikörpern gültigen Leistungen nach den GOPen 88400 bis 88403 (Therapie eines infizierten Patienten, Prophylaxe, Besuchsleistung sowie Lagerung, Abgabe und Transport von monoklonalen Antikörpern von der Apotheke an den Leistungserbringer) ab dem 8. April 2023 nicht mehr abgerechnet werden.

■ **Gültig bis 30. Juni 2023 – Untersuchungszeiträume ab U6**

Noch bis zum 30. Juni 2023 können die Kinder-Früherkennungsuntersuchungen der U6, U7, U7a, U8 sowie U9 abgerechnet werden, wenn die vorgegebenen Untersuchungszeiträume und Toleranzzeiten überschritten sind. Diese Sonderregelung gilt bis zum Ablauf von drei Monaten ab dem 31. März 2023, also bis zum 30. Juni 2023.

Neue GOPen für die Infusionstherapie mit Valoctocogen Roxaparovec (Handelsname: Roctavian®)

Beschluss aus der 640. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Das Arzneimittel Roctavian® wird in der Behandlung von schwerer Hämophilie A (kongenitalem Faktor-VIII-Mangel) bei erwachsenen Patienten ohne Faktor-VIII-Inhibitoren in der Vorgeschichte und ohne nachweisbare Antikörper gegen Adenoassoziertes Virus Serotyp 5 (AAV5) angewendet und als intravasale Infusionstherapie einmalig verabreicht.

Zur Abbildung der Infusionstherapie sowie der unmittelbar im Anschluss durchgeführten Beobachtung und Betreuung wurde mit Wirkung zum 1. April 2023 der Abschnitt 30.3.3 „Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien“ mit vier neuen GOPen in den EBM aufgenommen. Die neuen GOPen können allerdings erst ab Inkrafttreten der Anlage 4 ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses erbracht und abgerechnet werden. Bei Inkrafttreten der Richtlinie werden wir Sie umgehend über die Details informieren.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Zuschläge zur Förderung Ambulantes Operieren

Bitte beachten Sie bei der Abrechnung der neuen Zuschläge zur Förderung der Ambulantisierung nach den GOPen 31451 bis 31457 folgende Hinweise:

- Der OPS-Kode ist **direkt bei der abgerechneten Zuschlags-GOP anzugeben (KVDT-Feldkennung 5035 „OP-Schlüssel“)**. **Zu jeder abgerechneten Zuschlags-GOP ist immer nur ein OPS-Kode anzugeben.**
- Derselbe Zuschlag kann nur dann **mehrfach** abgerechnet werden, wenn Eingriffe mit **unterschiedlichen zuschlagsberechtigten OPS-Kodes** vorliegen und diese OPS-Kodes in der Abrechnung beim jeweiligen Zuschlag auch angegeben werden. Bei beidseitigen Eingriffen, bei denen die unterschiedliche Seitenlokalisation (L,R) am OPS-Kode benannt wird, kann der Förderzuschlag für jede Seite einzeln berechnet werden.

Bitte vermeiden Sie daher, die Zuschläge mit Angabe eines Multiplikators (KVDT-Feldkennung 5005 „Multiplikator“) abzurechnen. Dies würde zu Streichungen und Honorareinbußen führen.

Eine Übersicht über die Zuordnung der Zuschläge zu den genannten OPS-Kodes mit deren Bezeichnung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Mitglieder-Informationen/Serviceschreiben 2022*.

Beispiele für die Förderung ambulanter Operationen und weitere Informationen gibt die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf ihrer Themenseite „Ambulantes Operieren“ unter https://www.kbv.de/html/ambulantes_operieren.php.

Zuschlag Hausarzt-Vermittlung

Zuschlag Hausarzt-Vermittlung bei HzV-Patienten: Abrechnung ab Quartal 2/2023

Beschluss aus der 640. Sitzung des Bewertungsausschusses

Hausärzte und Kinder- und Jugendmediziner können den Zuschlag nach GOP 03008 beziehungsweise GOP 04008 des EBM für die Vermittlung eines dringenden Behandlungstermins bei einem Facharzt in selektivvertraglichen Fällen seit dem 1. Januar 2023 auch ohne die Grundleistung (Versichertenpauschale) berechnen, wenn die Leistung nach der GOP 03008/04008 nicht Gegenstand des Selektivvertrags ist und der Fall mit der neuen kodierten Zusatznummer 88196 gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen wird. Der Bewertungsausschuss hat hierzu eine entsprechende Anmerkung zu den GOPen 03008 und 04008 aufgenommen.

Ab dem zweiten Quartal 2023 gilt für die Abrechnung des Zuschlags über die KVB daher folgende Bestimmung: Der Zuschlag für die Hausarztvermittlung ist bei Selektivvertragspatienten direkt über die GOP 03008 (keine Buchstabenkennzeichnung) beziehungsweise GOP 04008 abzurechnen und dieser Fall ist zusätzlich mit der Pseudo-GOP 88196 zu kennzeichnen.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten

Seit dem 1. April 2017 kann die Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgeräts zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (rtCGM) bei Patienten mit insulinpflichtigem Diabetes über die GOPen 03355, 04590 beziehungsweise 13360 EBM abgerechnet werden.

Die Anleitung der Patienten muss nach der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVF-RL)“ des Gemeinsamen Bundesausschusses zeitnah im Zuge der Verordnung und vor der ersten Anwendung des rtCGM durchgeführt werden. Im Rahmen seiner Evaluation der Leistungen hat der Bewertungsausschuss festgestellt, dass die Voraussetzungen zur Abrechnung nicht bei allen Patienten erfüllt wurden.

Mit Wirkung zum 1. Juli 2023 wurden daher folgende Anpassungen in den Anmerkungen der GOPen 03355, 04590 und 13360 im EBM beschlossen:

■ **Konkretisierung des Abrechnungszeitraums:**

Die GOPen sind in **höchstens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen und nur im Zusammenhang mit der ersten Verordnung eines rtCGM-Systems oder beim Umstieg** auf ein anderes rtCGM-System berechnungsfähig. Die erste Verordnung eines rtCGM-Systems kann dabei auch schon in dem Quartal vor Beginn der Schulung und somit der Abrechnung der GOP 03355, 04590 beziehungsweise 13360 erfolgen.

■ **Reduzierung der Abrechnungshäufigkeit:**

Die Anzahl wird von bisher zehnmal im Krankheitsfall auf **siebenmal im Krankheitsfall reduziert**.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 640. Sitzung wurde auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Er steht unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Die Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ finden Sie auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/>.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie beschlossen, die zwischenzeitlich in Kraft getreten sind.

Anlage III

In Nummer 35a bis 35c ist die wirtschaftliche Verordnung der Wirkstoffe Evolocumab, Alirocumab und Inclisiran geregelt. Entsprechend dieser Regelungen sind diese Wirkstoffe, abgesehen von den aufgeführten Ausnahmen, nicht verordnungsfähig, solange sie jeweils mit Mehrkosten im Vergleich zu einer Therapie mit anderen Lipidsenkern verbunden sind. Als Lipidsenker werden in einem Klammerzusatz die Wirkstoffgruppen Statine, Anionenaustauscher und Cholesterinresorptionshemmer aufgeführt – ab sofort werden auch ACL-Hemmer (Bempedoinsäure) genannt.

Im Vergleich zu Evolocumab, Alirocumab und Inclisiran stellt Bempedoinsäure eine wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeit dar (vergleiche unser „Verordnung Aktuell“ zum Thema „Verordnungsfähigkeit von Bempedoinsäure“).

Anlage V, verordnungsfähige Medizinprodukte

- BD PosiFlush™ XS – Befristung der Verordnungsfähigkeit 20. Dezember 2027
- BD PosiFlush™ SP – Befristung der Verordnungsfähigkeit 20. Dezember 2027
- IsoFree wird zu IsoFree®
- IsoFree® – Befristung der Verordnungsfähigkeit 26. Mai 2024
- Kochsalz 0,9 % Inhalat Pädia® – Befristung der Verordnungsfähigkeit 26. Mai 2024
- Natriumchlorid-Lösung 6 % zur Inhalation wird zu MUCOfree® 6 % zur Inhalation

- MUCOfree® 6 % zur Inhalation – Befristung der Verordnungsfähigkeit 26. Mai 2024
- TauroSept – Befristung der Verordnungsfähigkeit 26. Mai 2024

Anlage XII, frühe Nutzenbewertung

Im 1. Quartal 2023 sind Beschlüsse zu folgenden Wirkstoffen in Kraft getreten:

- Asciminib – Anwendungsgebiet: Chronische myeloische Leukämie, Ph+, nach \geq zwei Vortherapien
- Atezolizumab – Anwendungsgebiet: Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom, PD-L1 Expression \geq 50 %, adjuvante Therapie nach Resektion und Chemotherapie
- Birkenrindenextrakt – Anwendungsgebiet: Wundbehandlung bei Epidermolysis bullosa (ab sechs Monaten)
- Brexucabtagen-Autoleucel – Anwendungsgebiet: rezidierte oder refraktäre B-Zell-Vorläufer akute lymphatische Leukämie, ab 26 Jahren
- Burosumab – Anwendungsgebiet: FGF23-bedingte Hypophosphatämie bei tumorinduzierter Osteomalazie, \geq ein Jahr
- Capmatinib – Anwendungsgebiet: nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom (NSCLC)
- Ceftolozan/Tazobactam – Anwendungsgebiet: Bakterielle Infektionen, mehrere Anwendungsgebiete, < 18 Jahre
- Daratumumab – Änderung der Befristung der Geltungsdauer – Anwendungsgebiet: Multiples Myelom, Erstlinie, Stammzelltransplantation ungeeignet, Kombination mit Bortezomib, Melphalan und Prednison
- Efgartigimod alfa – Anwendungsgebiet: Myasthenia gravis, AChR-Antikörper+
- Eladocagene Exuparvovec – Anwendungsgebiet: Aromatische L-Aminosäure-Decarboxylase (AADC)-Mangel, \geq 18 Monate
- Eptinezumab – Anwendungsgebiet: Migräne-Prophylaxe
- Eravacyclin – Anwendungsgebiet: komplizierte intraabdominale Infektionen (cIAI)
- Glycopyrronium – Anwendungsgebiet: schwere primäre axilläre Hyperhidrose
- Inebilizumab – Anwendungsgebiet: Neuromyelitis-optica-Spektrum-Erkrankungen, Anti-Aquaporin-4-IgG-seropositiv
- Melphalanflufenamid – Anwendungsgebiet: Multiples Myelom (nach mindestens drei Vortherapien, Kombination mit Dexamethason)
- Nivolumab – Anwendungsgebiet: Urothelkarzinom, PD-L1-Expression \geq 1 %, adjuvante Therapie
- Obeticholsäure – Änderung der Befristung der Geltungsdauer – Anwendungsgebiet: primär biliäre Cholangitis
- Olaparib – Anwendungsgebiet: Mammakarzinom, HER2-, BRCA1/2-Mutation, vorbehandelt, hohes Rezidivrisiko, adjuvante Therapie, Monotherapie oder Kombination mit einer endokrinen Therapie
- Olaparib – Änderung der Befristung der Geltungsdauer – Anwendungsgebiet: high-grade epitheliales Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primäres Peritonealkarzinom, BRCA-Mutation, Erhaltungstherapie
- Olipudase alfa – Anwendungsgebiet: Mangel an saurer Sphingomyelinase (ASMD) Typ A/B oder Typ B
- Pembrolizumab – Anwendungsgebiet: Zervixkarzinom, PD-L1-Expression \geq 1 (CPS), Kombina-

Außerklinische Intensivpflege

- tion mit Chemotherapie mit oder ohne Bevacizumab
- Pembrolizumab – Anwendungsgebiet: Melanom, \geq zwölf bis < 18 Jahre
 - Pembrolizumab – Anwendungsgebiet: Melanom, adjuvante Therapie, \geq zwölf Jahre
 - Pembrolizumab – Anwendungsgebiet: biliäres Karzinom mit MSI-H oder dMMR, vorbehandelt
 - Pembrolizumab – Anwendungsgebiet: Dünndarmkarzinom mit MSI-H oder dMMR, vorbehandelt
 - Pembrolizumab – Anwendungsgebiet: Magenkarzinom mit MSI-H oder dMMR, vorbehandelt
 - Pembrolizumab – Anwendungsgebiet: Kolorektalkarzinom mit MSI-H oder mit dMMR nach Fluoropyrimidin-basierter Kombinations-therapie
 - Pembrolizumab – Anwendungsgebiet: Endometriumkarzinom mit MSI-H oder mit dMMR, vorbehandelt
 - Pembrolizumab – Anwendungsgebiet: Nierenzellkarzinom, adjuvante Therapie, Monotherapie, vorbehandelte Patienten
 - Pertuzumab – Neubewertung nach Fristablauf – Anwendungsgebiet: Mammakarzinom, früh mit hohem Rezidivrisiko, adjuvante Therapie, Kombination mit Trastuzumab und Chemotherapie
 - Pertuzumab/Trastuzumab – Neubewertung nach Fristablauf – Anwendungsgebiet: Mammakarzinom, HER2+, früh mit hohem Rezidivrisiko, adjuvante Therapie, Kombination mit Chemotherapie
 - Secukinumab – Anwendungsgebiet: Juvenile Psoriasis-Arthritis, \geq sechs Jahre
 - Secukinumab – Anwendungsgebiet: Entesitis-assoziierte Arthritis, \geq sechs Jahre
 - Selinexor – Anwendungsgebiet: Multiples Myelom (nach mindestens einer Vortherapie, Kombination mit Bortezomib und Dexamethason)
 - Selinexor – Anwendungsgebiet: Multiples Myelom (nach mindestens vier Vortherapien, Kombination mit Dexamethason)
 - Selpercatinib – Anwendungsgebiet: medulläres Schilddrüsenkarzinom, RET-mutiert, Monotherapie, ab zwölf Jahre
 - Sotorasib – Änderung der Befristung der Geltungsdauer – Anwendungsgebiet: Lungenkarzinom, nicht-kleinzelliges, KRAS G12C-Mutation, \geq eine Vortherapie
 - Trastuzumab-Deruxtecan – Anwendungsgebiet: Mammakarzinom, HER2+, nach einer Vortherapie
 - Trastuzumab-Deruxtecan – Anwendungsgebiet: Mammakarzinom, HER2+, mindestens zwei Vortherapien
 - Upadacitinib – Anwendungsgebiet: axiale Spondyloarthritis, nicht-röntgenologisch
 - Upadacitinib – Anwendungsgebiet: Colitis ulcerosa, vorbehandelt
 - Valoctocogen Roxaparvovec – Anwendungsgebiet: schwere Hämophilie A

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) stellt eine mit bis zu neun CME-Punkten zertifizierte Online-Fortbildung (Login erforderlich) bereit.

In unserem „Verordnung Aktuell“ zum Thema „Außerklinische Intensivpflege – Erstfassung der Richtlinie“ finden Sie eine Verlinkung auf das KBV-Fortbildungsportal.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30

Evusheld nur noch für Hochrisikopersonen

Die Ständige Impfkommission hat ihre Empfehlung zur Präexpositionsprophylaxe einer COVID-19-Erkrankung mit dem monoklonalen Antikörper Evusheld® weiter eingegrenzt. Die Gabe der Antikörperkombination mit den Wirkstoffen Tixagevimab und Cilgavimab soll von nun an nur noch in begründeten Einzelfällen für bestimmte Hochrisikopersonen in Betracht kommen, wie die Kommission mitteilte.

Detaillierte Informationen lesen Sie bitte in unserem „Verordnung Aktuell“ zum Thema „Verordnung von Evusheld® (Tixagevimab/Cilgavimab)“.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30

Videosprechstunde: Krankenpflege und Reha

Häusliche Krankenpflege und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können zukünftig auch per Videosprechstunde verordnet werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seinen Richtlinien konkretisiert, unter welchen Voraussetzungen das jeweils möglich sein wird. So muss es sich bei häuslicher Krankenpflege beispielsweise um sogenannte weitere Verordnungen beziehungsweise Folgeverordnungen handeln, nicht um eine erstmalige Verordnung.

Details lesen Sie bitte in den beiden Ausgaben von „Verordnung Aktuell“ zu den Themen „Videosprechstunde – Verordnungen medizinischer Rehabilitation“ und „Videosprechstunde – Verordnungen von Häuslicher Krankenpflege“.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30

QS PCI und QS NET: elektronische Dokumentation

Im Rahmen der DeQS-Verfahren Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) und Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET) sind erbrachte Leistungen verpflichtend elektronisch zu dokumentieren und an die KVB als Datenannahmestelle zu übermitteln.

Für das Erfassungsjahr 2023 gelten für die Übermittlung der elektronischen Dokumentationen folgende Einreichungsfristen:

- 1. Quartal**
Einreichung bis 15. Mai
- 2. Quartal**
Einreichung bis 15. August
- 3. Quartal**
Einreichung bis 15. November
- 4. Quartal**
Einreichung bis 28. Februar des Folgejahres
- Korrekturen**
Einreichung bis 15. März des Folgejahres

Für die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI sind die Adress- und Behandlungsdaten aller in einem Monat behandelten Patientinnen und Patienten weiterhin monatlich zum siebten Tag des Folgemonats zu übermitteln.

Der Status und die Vollständigkeit der eingereichten Dokumentationen sind im Mitgliederportal unter Qualität/sQS und Krebsfrüherkennung einsehbar.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
E-Mail qsinfo@kvb.de

Krebsfrüherkennung: elektronische Dokumentation

Für die im Rahmen der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) geregelten Programme zur Früherkennung von Darmkrebs und Zervixkarzinomen ist eine elektronische Dokumentation der hierfür durchgeführten präventiven Leistungen Voraussetzung für die Abrechnung. Für jede Leistung ist der passende Dokumentationsbogen auszufüllen und an die Datenannahmestelle zu übermitteln. Diese Dokumentationsbögen sollen möglichst quartalsweise übermittelt werden, hierzu sind nachfolgend die Einreichungsfristen aufgeführt.

- 1. Quartal**
Einreichung bis 15. Mai
- 2. Quartal**
Einreichung bis 15. August
- 3. Quartal**
Einreichung bis 15. November
- 4. Quartal**
Einreichung bis 28. Februar des Folgejahres
- Korrekturen**
Einreichung bis 15. März des Folgejahres

Der Status und die Vollständigkeit der eingereichten Dokumentationen sind im Mitgliederportal unter Qualität/sQS und Krebsfrüherkennung einsehbar.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
E-Mail qsinfo@kvb.de

Aktuelle Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern

Nachfolgend finden Sie unsere bekannten Statistiken über die Praxisverwaltungssysteme (PVS) mit den höchsten Installationszahlen im Zuständigkeitsbereich der KVB sowie über den größten Zuwachs in den Installationszahlen über die letzten zwölf Monate.

Eine Installation bezieht sich immer auf eine Betriebsstätte, das heißt: „x“-Installationen in der Statistik besagen, dass „x“-Betriebsstätten mit dem jeweils genannten System beziehungsweise mit dem System/ den Systemen des genannten Anbieters im bezogenen Quartal abgerechnet haben.

Im Quartal 4/2021 wurden insgesamt 18.687 Installationen vermerkt. Im Quartal 4/2022 waren es 18.641. Zum Jahresende 2022 waren insgesamt 101 PVS im Zuständigkeitsbereich der KVB im Einsatz.

Die TOP 10 der Praxisverwaltungssysteme im Bereich der KVB					
Rang	PVS/KIS	Anbieter	Installationen	Marktanteil	Veränderung von Abrechnungsquartal 4/2021 zu 4/2022
1	Psyprax	Psyprax GmbH	3.929	21,08 %	+22
2	x.isynet	medatixx GmbH & Co. KG	2.181	11,70 %	- 94
3	CGM MEDISTAR	CompuGroup Medical	1.200	6,44 %	-77
4	TURBOMED	CompuGroup Medical	1.147	6,15 %	-101
5	medatixx	medatixx GmbH & Co. KG	955	5,12 %	+307
6	CGM M1 PRO	CompuGroup Medical	732	3,93 %	-32
7	ALBIS	CompuGroup Medical	717	3,85 %	-39
8	EPIKUR	Epikur SW & IT-Service	681	3,65 %	+67
9	x.concept	medatixx GmbH & Co. KG	678	3,64 %	-33
10	Elefant	HASOMED GmbH	427	2,29 %	+21

Praxisverwaltungssysteme mit dem größten absoluten Kundenzuwachs				
Rang	PVS/KIS	Anbieter	Differenz der Installationen 4/2021 zu 4/2022	Installationen gesamt (Stand 4/2022)
1	medatixx	medatixx GmbH & Co. KG	+307	955
2	T2med	T2med GmbH & Co. KG	+97	389
3	tomedo	zollsoft GmbH	+83	381
4	EPIKUR	Epikur SW & IT-Service	+67	681
5	Smarty	New Media Company GmbH & Co. KG	+53	330
6	PegaMed	PEGA Elektronik-Vertriebs GmbH	+24	319
7	inSuite	Doc Cirrus GmbH	+24	48
8	MEDICAL OFFICE	Indamed GmbH	+23	318
9	Psyprax	Psyprax GmbH	+22	3.929
10	Elefant	HASOMED GmbH	+21	427

OPAL: Plattform wird eingestellt

Die KVB-Dokumentationsplattform „Leistungen dokumentieren“ im Mitgliederportal „Meine KVB“ (früher: „OPAL“) wird eingestellt, da sie das Ende ihrer technischen Lebenszeit erreicht hat:

- zum 31. Dezember 2023 für die Qualitätssicherungsvereinbarungen (QSV Molekulargenetik, Kapselendoskopie, Hörgeräteversorgung und Holmium-Laser-Therapie) und für die kurative Koloskopie,
- zum 30. Juni 2024 für die Disease-Management-Programme (eDMP), Hautkrebs-Screening (eHKS).

Anschließend bieten wir in „Meine KVB“ eine neue Plattform für elektronische Dokumentationen (eDokus) der QSVen mit Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im „Sicheren Netz der KVen“ (SNK) an – nähere Details zu diesem Service folgen zeitnah auf der Startseite von „Meine KVB“.

Für alle eDMP-Indikationen und eHKS gibt es hingegen kommerzielle Angebote für eDoku-Module zur Ergänzung der Praxissoftware, welche die automatisierte Übernahme von Patientendaten aus dem jeweiligen Praxissystem unterstützen (einschließlich eGK-Lesegeräten).

Die freiwilligen elektronischen Dokumentationen bei kurativer Koloskopie und für die QSV Holmium-Laser-Therapie enden ohne Nachfolgeangebot. Bei der kurativen Koloskopie sind bereits ausreichend Daten für Wissenschaftszwecke erhoben worden und die geringe Teilnehmeranzahl zur QSV Holmium-Laser-Therapie löst bisher keine bundesweite Dokumentationspflicht aus.

Die in OPAL erstellten elektronischen Dokumentationen können noch bis zum 31. Dezember 2023 (QSVen und kurative Koloskopie) beziehungsweise 30. Juni 2024 (eDMP, eHKS) im Mitgliederportal ausgedruckt und abgespeichert werden. Bei der vorgeschriebenen eDoku zur präventiven Koloskopie (Darmkrebs-Früherkennung) und zur „Abklärungskoloskopie bei positivem iFOB-Test“ kommt es zu keinen Änderungen, da hier schon länger eine andere Technologie verwendet wird.

Nutzen Sie bitte die noch ausreichend zur Verfügung stehende Zeit, um zum Zeitpunkt der Umstellung nahtlos weiterdokumentieren zu können, da die elektronische Dokumentation Grundlage für die Honorierung Ihrer Leistungen ist.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 40

Energiekrise: Hilfe für Praxen

Kurz vor Redaktionsschluss hat uns eine Mitteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erreicht, dass die gemeinsame Selbstverwaltung die ambulante Versorgung mit einer ergänzenden Kostenregelung angesichts der teils stark gestiegener Energiekosten unterstützt. Für ärztliche Praxen mit besonders hohem Energieverbrauch haben sich KBV und GKV-Spitzenverband am 29. März 2023 im Bewertungsausschuss geeinigt. Zum Kreis der Anspruchsberechtigten zählen Praxen, die Leistungen der Hochvolttherapie, der Computertomographie, der Magnet-Resonanztomographie oder leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren abrechnen, also insbesondere Praxen für Radiologie, Strahlentherapie und Dialyse, die für ihre medizinischen Geräte und Apparaturen überdurchschnittlich viel Strom benötigen.

Die Erstattung der Mehrkosten erfolgt ergänzend zu den staatlichen Hilfen und wird aus Beiträgen der Gesetzlichen Krankenversicherung finanziert. Die Sonderregelung gilt zunächst vom 1. Januar bis 31. Dezember 2023. Mit der Regelung können extreme Belastungen in den besonders energieintensiven Fächern abgemildert werden. Die betroffenen Praxen wurden mittlerweile angeschrieben und aufgefordert eine Selbstauskunft einzureichen.

Notvertretungsrecht für Ehegatten

Zum 1. Januar 2023 ist im Rahmen des Gesetzes zur Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechts ein neues Notvertretungsrecht für Ehegatten in Angelegenheiten der Gesundheitspflege (Paragraf 1358 BGB) in Kraft getreten. Die Regelung gilt für Lebenspartner gemäß Paragraf 21 des Lebenspartnerschaftsgesetzes analog (nicht aber für Lebensgefährten).

Ehegatten sollen danach in medizinischen Akutsituationen füreinander Entscheidungen über medizinische Behandlungen, Untersuchungen usw. treffen und Behandlungsverträge abschließen können, wenn ein Ehegatte aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Krankheit seine Angelegenheiten nicht selbst wahrnehmen kann und keine Betreuung oder Vorsorgevollmacht geregelt ist. Auch besteht ein Einsichtsrecht in die Krankenakte des zu vertretenden Ehegatten, Ärzte sind insoweit von ihrer Schweigepflicht entbunden. Das Vertretungsrecht des Ehegatten soll gelten, bis der Patient wieder in der Lage ist, seine Angelegenheiten selbst zu besorgen, längstens aber für sechs Monate.

Der behandelnde Arzt hat zunächst zu prüfen, ob die Anwendbarkeit des Paragraf 1358 gegeben ist und gegebenenfalls dem vertretenden Ehegatten bei erstmaliger Ausübung des Vertretungsrechts ein Dokument auszustellen, aus dem sich das Vorliegen der Voraussetzungen für das Vertretungsrecht und seine Dauer ergibt. Weitere Hinweise dazu finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Ehegattennotvertretung*.

Behandelnde Ärzte können zudem Auskünfte aus dem von der Bundesnotarkammer geführten Zentralen Vorsorgeregister erhalten, beispielsweise ob der zu vertretende Ehegatte eine Vertretung in Angelegenheiten der Gesundheitspflege ablehnt oder eine andere Person hierfür bevollmächtigt hat. Ergänzende Informationen dazu finden Sie unter: <https://www.vorsorgeregister.de/aerzte>.

Hinweis zu KVB-Seminaren

Die Seminartermine finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Fortbildung unter Terminsuche*. Für die Seminartermine können Sie sich dort schnell und einfach online anmelden.

Wir haben für Sie und Ihre Praxismitarbeiter eine Reihe an interessanten und abwechslungsreichen Seminaren zusammengestellt.

Nutzen Sie das breite Seminarangebot Ihrer KVB und sammeln Sie wertvolle Fortbildungspunkte:

- Fragen rund um die Praxisführung
- Details zur Verordnung
- Spezifika der Abrechnung
- Wissenswertes im Bereich Digitalisierung
- Aktuelles zu DMP
- Weitere Themen wie Notfallsituationen, Datenschutz etc.

Wieder im Angebot sind auch unsere Gründer-Abgeber-Foren als Präsenz-Termine. Dort haben Sie die Gelegenheit zum persönlichen Kennenlernen und Austausch mit potenziellen Gründern und Abgebern. Zudem freut es uns, Ihnen auch unsere Abrechnungs-Workshops als Präsenzveranstaltungen anzubieten. Die Präsenztermine finden Sie ebenfalls auf unserer Internetseite und können diese dort auch direkt buchen.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 20

