

KVBIINFOS 04|20

ABRECHNUNG

- 54 Die nächsten Zahlungstermine
- 54 Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2020
- 56 Früherkennung von Zervixkarzinomen
- 57 Höherbewertung Strukturzuschläge Psychotherapie
- 58 Abrechnungsvoraussetzung von Akupunkturleistungen

QUALITÄT

- 59 Erweiterung der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren
- 61 Neue Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien Radiologie und Kernspintomographie

ALLGEMEINES

- 62 Systemische Therapie bei Erwachsenen

IT IN DER PRAXIS

- 63 Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern

ABSAGE VON KVB-SEMINAREN

Sehr geehrte Mitglieder,
um die Ausbreitung des Coronavirus zu verhindern, wurden alle KVB-Seminare **bis 19. April 2020** abgesagt. Über **Ersatztermine** (voraussichtlich ab Juni/Juli 2020) werden wir Sie rechtzeitig in den KVBIINFOS und unter www.kvb.de informieren.

Bereits **gezahlte Teilnahmegebühren** für abgesagte Seminare werden selbstverständlich zurückerstattet.

Die nächsten Zahlungstermine

9. April 2020
Abschlagszahlung März 2020

30. April 2020
Restzahlung 4/2019

11. Mai 2020
Abschlagszahlung April 2020

10. Juni 2020
Abschlagszahlung Mai 2020

10. Juli 2020
Abschlagszahlung Juni 2020

31. Juli 2020
Restzahlung 1/2020

10. August 2019
Abschlagszahlung Juli 2020

10. September 2020
Abschlagszahlung August 2020

12. Oktober 2020
Abschlagszahlung September 2020

30. Oktober 2020
Restzahlung 2/2020

10. November 2020
Abschlagszahlung Oktober 2020

10. Dezember 2020
Abschlagszahlung November 2020

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

Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2020

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 1. Quartal 2020 bis spätestens **Dienstag, den 14. April 2020**, online im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ über die Kachel „Dateien einreichen“ oder über den Kommunikationskanal KV-Connect.

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

Bitte überzeugen Sie sich vor der Übermittlung Ihrer Abrechnung, dass diese vollständig und korrekt ist. Wir empfehlen dazu 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. Bitte beachten Sie weiterhin die persönliche Leistungserbringung qualifikationsgebundener Leistungen. Diese Regelung ist insbesondere zu beachten bei angestellten Ärzten, in Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren.

Sollten Sie trotzdem nach erfolgter Übermittlung Ihrer Abrechnung feststellen, dass Sie doch noch einen nachträglichen Berichtigungs- oder Ergänzungswunsch haben, schicken Sie uns Ihren Änderungswunsch bitte sofort zu. Sofern uns

Ihr Wunsch **innerhalb eines Monats nach dem offiziellen Abrechnungsabgabetermin** erreicht, können wir die Änderungen noch aktuell in Ihrer Abrechnung berücksichtigen.

Nach den aktuell gültigen Abrechnungsbestimmungen der KVB (Paragraf 3 Absatz 3) gilt Folgendes:

(3) Eine nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung eines bereits eingereichten Behandlungsfalles ist unbeschadet der Absätze 1 und 2 durch den Vertragsarzt innerhalb eines Monats nach Ablauf der von der KVB zur Einreichung der Abrechnung festgesetzten Frist zulässig. Ausnahmsweise kann die Abrechnung noch nach dem Ende dieser Frist berichtigt oder ergänzt werden, wenn dies

- innerhalb eines Monats nach Erhalt des Honorarbescheids und der Richtigstellungsmitteilung beantragt wird,
- 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.

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

Anschrift für Korrekturwünsche (nach Paragraf 3 Absatz 3 Satz 1) und/oder Korrekturanträge (nach Paragraf 3 Absatz 3 Satz 2):

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Abrechnungskorrekturen“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten Abrechnung – wie bisher die unterschriebene Sammelerklärung einschließlich notwendiger Unterlagen, wie beispielsweise Scheine der Bayerischen Bereitschaftspolizei beigelegt werden.

Zur besseren Übersicht über die einzureichenden Scheine steht Ihnen das Merkblatt „Abrechnung Besondere Kostenträger“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Erstellung-Abgabe-Korrektur/Besondere Kostenträger* zur Verfügung

Sammelerklärung

In Zusammenhang mit der Einreichung/Übermittlung der Online-Abrechnung wird Ihnen im Mitgliederportal „Meine KVB“ unter der Kachel „Dateien einreichen“ 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 der vorbefüllten Sammelerklärung ist dort jederzeit als eigenständiger Vorgang möglich (unabhängig davon, ob gleichzeitig eine Datei eingereicht werden soll oder nicht).

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.

Die Einreichung der Sammelerklärung an die KVB in Papierform ist aufgrund der erforderlichen Originalunterschrift(en) weiterhin notwendig.

Hinweis: 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 somit **kein Honoraranspruch** entstanden ist.

Anschrift für Briefsendungen:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Quartalsabrechnung“
93031 Regensburg

Anschrift für Päckchen/Pakete:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Yorckstraße 15
93049 Regensburg

Bitte vergessen Sie nicht, den Arztstempel einschließlich der Betriebsstättennummer auf den eingereichten Unterlagen sowie dem Briefumschlag anzubringen.

Sollten Sie ausnahmsweise die Frist nicht einhalten können, besteht für Sie die Möglichkeit, unter der E-Mail-Adresse Terminverlaengerung@kvb.de mit Begründung eine Verlängerung der Abgabefrist zu beantragen.

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.

Empfangsbestätigungen über den Eingang Ihrer Abrechnungsunterlagen können Sie unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 – 6 87 80 anfordern.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Notarzteinsätze über emDoc

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.

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.

Bitte beachten Sie auch unsere gesonderten Informationen zu emDoc und zur „Notarztendienst-Abrechnung“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Erstellung-Abgabe-Korrektur/Notarztendienst-Abrechnung*.

Die Anwendung startet im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ mit Klick auf die Kachel „Notarzt-Abrechnung anlegen“.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88

Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25

E-Mail emDoc@kvb.de

Früherkennung von Zervixkarzinomen

In den KVB INFOS, Ausgabe 3/2020, haben wir Sie über die neuen Gebührenordnungspositionen für die Früherkennung von Zervixkarzinomen nach der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) und die Verwendung des Muster 39 informiert. Hierzu haben sich Änderungen beziehungsweise weitere Informationen ergeben. Die betroffenen Ärzte wurden bereits gesondert informiert. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese in Kürze dar.

Muster 39 – Übergangslösung mit bundeseinheitlichen Codes für Freitextfeld „Gyn. Diagnose“

Das Muster 39 bildet inhaltlich aktuell nur die Veranlassung des Primärscreenings ab, nicht aber die Leistungen zur Abklärungsdiagnostik auffälliger Befunde. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband haben hierzu nun eine Übergangslösung vereinbart, die zum **1. März 2020** in Kraft tritt.

Die für die differenzierte (Teil-)Beauftragung von Primärscreening oder Abklärung erforderlichen Informationen können nun mit **Codes in der ersten Zeile des Freitextfeldes**

„Gyn. Diagnose“ abgebildet werden. Folgende bundeseinheitliche Codes wurden vereinbart (siehe Tabelle)

Weitere Anpassungen des Musters 39 sind geplant. In den kommenden Monaten sollen auf Bundesebene Erfahrungen aus der Nutzung des neuen Musters 39 ausgewertet werden und hierbei nach Möglichkeit auch Erfahrungen aus der Umsetzung der Evaluation durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen mit einfließen.

Die KBV hat angekündigt, auf dieser Grundlage das Muster 39 in Abstimmung mit den Berufsverbänden gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband erneut zu überarbeiten und an die Bedarfe anzupassen. Es sei geplant, die überarbeitete Fassung im Laufe des Jahres 2021 in Kraft zu setzen. Wir werden Sie weiterhin auf dem Laufenden halten.

Details zum Muster 39 einschließlich Ausfüllhinweise entnehmen Sie bitte der Vordruckvereinbarung (Anlage 2 BMV-Ä) und deren Erläuterungen. Weitere Informationen, wie die aktualisierte Praxisinformation vom 27. Februar 2020 finden Sie

auf der Internetseite der KBV unter www.kbv.de in der Rubrik Service für die Praxis/Ambulante Leistungen/Prävention/Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung oder unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung* unter Themen und Verfahren der Qualitätssicherung unter Buchstabe „Z“/Zervixkarzinomen (Programm zur Früherkennung).

Krebsfrüherkennung bei Frauen ab 35 Jahren bei Ablehnung des HPV-Tests

Jeder Versicherten steht es frei, nach einer entsprechenden Aufklärung durch den Arzt diejenigen Früherkennungsuntersuchungen durchführen zu lassen, die sie für sachgerecht hält. Der Arzt muss aber über die Vorteile des HPV-Tests informieren und den Wunsch der Versicherten, eine solche Leistung nicht zu erhalten, dokumentieren. Dementsprechend dürfen Versicherte selbstverständlich die Durchführung eines HPV-Tests ablehnen.

Allerdings stellt eine bloße zytologische Untersuchung bei Frauen ab 35 Jahren keine Früherkennungsmaßnahme der Gesetzlichen Krankenversicherung mehr dar. In diesem Fall haben diese nur noch Anspruch auf eine klinische Untersuchung (ohne Abstrichentnahme) nach der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (GOP 01760). Die Abrechnung der klinischen Untersuchung mit Abstrichentnahme (GOP 01761) und der zytologischen Untersuchung (GOP 01762) nach der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme ist ohne den HPV-Test bei Frauen über 35 Jahren nicht möglich.

Primärscreening		
P-HPV	nur HPV-Test im Primärscreening	
P-Zyto	nur zytologische Untersuchung im Primärscreening	
P-KoTest	Ko-Test im Primärscreening	
Abklärungsdiagnostik		
A-HPV	nur HPV-Test in der Abklärung	
A-Zyto	nur zytologische Untersuchung in der Abklärung	
A-KoTest	Ko-Test in der Abklärung	

Höherbewertung Strukturzuschläge Psychotherapie

Wenn bei einer Untersuchung gemäß der KFE-RL die klinische Untersuchung auffällig ist und die Versicherte trotzdem keinen HPV-Test und damit keine Früherkennungsuntersuchung nach der oKFE-RL erhalten möchte, ist die zytologische Untersuchung als kurative Leistung zu erbringen. Sollte eine Versicherte nicht das vorgesehene Früherkennungsprogramm in Anspruch nehmen wollen, kann sie sich selbstverständlich mit dem Arzt auch auf andere Früherkennungsuntersuchungen verständigen. In diesem Fall ist aber die zytologische Untersuchung privat zu liquidieren.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 469. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) noch kurzfristig die Bewertung der Gebührenordnungspositionen für die Strukturzuschläge Psychotherapie zum 1. Januar 2020 angehoben.

Hintergrund ist eine Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 11. Oktober 2017 (AZ: B6 KA 35/17 R, B 6 KA 36/17 R und B 6 KA 37/17 R), wonach die für die Strukturzuschläge zugrunde gelegten Personalkosten nach Tarifänderungen zeitnah angepasst werden müssen. Im letzten Jahr wurde ein neuer Tarifvertrag abgeschlossen, daher musste der Bewertungsausschuss im Sinne der Rechtsprechung aktiv werden.

Der Beschluss mit den Änderungen im Detail 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
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

GOP	Kurztext	Bewertung EBM/ B€GO bis 31. Dezember 2019	Bewertung EBM/ B€GO ab 1. Januar 2020
35571	Zuschlag Einzeltherapie	166 Punkte/ 17,97 Euro	173 Punkte/ 19,01 Euro
35572	Zuschlag Gruppentherapie	70 Punkte/ 7,58 Euro	73 Punkte/ 8,02 Euro
35573	Zuschlag Sprechstunde/ Akutbehandlung	84 Punkte/ 9,09 Euro	88 Punkte/ 9,67 Euro

Abrechnungsvoraussetzung von Akupunkturleistungen

Die QS-Vereinbarung Akupunktur regelt die Erbringung von Leistungen der Akupunktur nach den GOPen 30790 und 30791 EBM bei folgenden Indikationen:

- Chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule, die seit mindestens sechs Monaten bestehen und gegebenenfalls nicht-segmental bis maximal zum Kniegelenk austrahlen (pseudo-radikulärer Schmerz).
- Chronische Schmerzen in mindestens einem Kniegelenk durch Gonarthrose, die seit mindestens sechs Monaten bestehen.

Das **Bundessozialgericht** hat mit Urteil vom 13. Februar 2019 (Az. B 6 KA 56/17 R) über die Abrechnungsvoraussetzung von Akupunkturleistungen entschieden:

- Das **Schmerzintervall** muss **durchgängig und unmittelbar vor Beginn** der Akupunkturbehandlung bestehen, das heißt ununterbrochen anhaltend ohne Phase der Beschwerdefreiheit aufgrund Spontanremission, Maßnahmen der Standardtherapie oder auch der Akupunktur.
- Der **Akupunkteur muss selbst prüfen**, ob bis zum Beginn der Akupunkturbehandlung wenigstens sechs volle Monate anhaltender Schmerzzustände durchgängig **ärztlich dokumentiert** sind. Die Feststellung der indizierenden Schmerzchronik durch **Befragung des Patienten genügt nicht!** Entscheidend sind der **Zeitpunkt der erstmaligen ärztlichen Dokumentation der für das Schmerzintervall relevanten Diagnose** und dass es nach den Folgedokumentationen als dauerhaft anhaltend angesehen werden kann.

- Neben eigener Dokumentation kommt auch die **Übernahme von Befunden eines Vorbehandlers** in Betracht:
 - im Regelfall: Übersendung des Arztbriefs (aus dem sich Anamnese, Befunde, therapeutische Maßnahmen ergeben)
 - im Ausnahmefall: telefonische Erkundigung (zum Beispiel zu Schmerzstatus und durchgeführten Therapien)
Achtung: Es ist ein unmittelbarer Kontakt zwischen den Ärzten erforderlich!
- Die vom Vorbehandler übermittelten Informationen müssen vom Akupunkteur als Teil seiner eigenen Behandlungsdokumentation aufbewahrt werden.

Bitte beachten Sie weiterhin, dass die Indikation durch Dokumentation der jeweiligen Diagnose für chronische LWS- beziehungsweise Gonarthrose-Schmerzen nachgewiesen sein muss. Eine Auflistung passender IDC-10-Schlüssel finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Mitglieder-Informationen/KVB INFOS (Ausgabe 5/2012)*.

Weiterführende Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Akupunktur* und www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Buchstabe „A“/Akupunktur*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 09 11 / 9 46 67 – 4 09 70
 Fax 09 11 / 9 46 67 – 4 09 71

Erweiterung der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren

Am 22. November 2019 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Aufnahme eines weiteren planbaren Eingriffs in die bundesweit geltende Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) auf Grundlage von Paragraph 27b SGB V beschlossen. Dieser Beschluss ist am 20. Februar 2020 in Kraft getreten und begründet seitdem auch einen Anspruch auf Einholung einer unabhängigen neutralen ärztlichen Zweitmeinung infolge einer **ärztlichen Indikationsstellung zur Notwendigkeit einer planbaren Arthroskopie am Schultergelenk**. Bislang bestand ein solcher Zweitmeinungsanspruch nur bei der ärztlichen Indikationsstellung für Operationen an den Gaumen- und/oder Rachenmandeln (Tonsillektomien, Tonsillotomien) sowie bei Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien).

Gegenstand des neuen Zweitmeinungsverfahrens

Gegenstand des neuen Zweitmeinungsverfahrens ist die Indikationsstellung zu planbaren Arthroskopien am Schultergelenk. Die Indikationsstellung kann hierbei auf der Basis verschiedener Diagnosen erfolgen, aufgrund derer eine entsprechende Arthroskopie empfohlen wird. Schulterarthroskopien aufgrund traumatischer Eingriffe sind hiervon ausgenommen, sofern es sich bei diesen Eingriffen nicht um planbare Eingriffe mit mindestens zehn Tagen Abstand zwischen Indikationsstellung und Eingriffsdurchführung im Sinne von Paragraph 27b Absatz 5 Satz 3 SGB V handelt, sondern diese zeitnah durchgeführt werden müssen (vergleiche Tragende Gründe zum Beschluss des G-BA vom 22. November 2019 zu Paragraph 1 Absatz 2

des Eingriffs 3 des Besonderen Teils der Zm-RL).

Zielsetzung des neuen Zweitmeinungsverfahrens

Das neue Zweitmeinungsangebot zielt darauf ab, eine informierte Entscheidungsfindung der Versicherten bei der Auswahl der operativen oder konservativen Behandlungsmöglichkeiten zu unterstützen und eine medizinisch nicht gebotene, planbare Schulterarthroskopie zu vermeiden. Dabei soll die Zweitmeinung als unabhängige, neutrale ärztliche Meinung abgegeben werden und sich auf die Beratung der Versicherten hinsichtlich der Notwendigkeit eines geplanten Eingriffs sowie möglicher eingriffsvermeinder Behandlungsalternativen konzentrieren. Die Zweitmeinung kann nicht bei einem Arzt oder einer Einrichtung eingeholt werden, durch den der Eingriff durchgeführt werden soll (Gebot der Unabhängigkeit).

Patientenaufklärung zum Zweitmeinungsanspruch

Der indikationsstellende Arzt, der den Eingriff konkret empfiehlt, hat den Versicherten über das Recht, eine Zweitmeinung einzuholen, aufzuklären. In diesem Zusammenhang ist dem Versicherten unter anderem auch das Patienteninformationsblatt des G-BA zum Zweitmeinungsverfahren bei geplanten Eingriffen auszuhändigen und Kopien von Befundunterlagen mitzugeben. Der Versicherte ist über geeignete Zweitmeyner zu informieren. Die Aufklärung hat in der Regel mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff zu erfolgen.

Das für die Patientenaufklärung notwendige Informationsblatt steht auf der Webseite des G-BA unter www.g-ba.de/downloads/17-98-4765/2019-01-24_G-BA_Patientenmerkblatt_Zweitmeinungsverfahren.pdf zum Download zur Verfügung. Es kann auch über die Firma W. Kohlhammer GmbH-Verlag für Ärzte bezogen werden.

Genehmigungserfordernis

Die Durchführung und Abrechnung der Zweitmeinung zu planbaren Schulterarthroskopien setzt vorab das Vorliegen einer Genehmigung durch die KVB voraus. Folgende fachliche Voraussetzungen sind nachzuweisen:

- Facharztbezeichnung:
 - Orthopädie und Unfallchirurgie oder
 - Orthopädie oder
 - Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie oder
 - Physikalische und Rehabilitative Medizin
- und
- mindestens fünfjährige ganz-tägige Tätigkeit im entsprechenden Fachgebiet/Schwerpunkt
- und
- aktueller Nachweis zur Erfüllung der gesetzlichen Fortbildungspflicht
- und
- erteilte Weiterbildungsbefugnis der Landesärztekammer oder akademische Lehrbefugnis an einer Hochschule

Zudem dürfen keine Interessenskonflikte vorliegen, die einer Unabhängigkeit der Zweitmeinung entgegenstehen. Ärzte mit einer Ermächtigung für spezielle Leistungen (Ausnahme: Vollermächtigung) und nicht an der vertragsärztlichen Ver-

sorgung teilnehmende Ärzte müssen neben der Genehmigung bei der KVB zusätzlich eine Ermächtigung für die Zweitmeinung beim Zulassungsausschuss beantragen.

Veröffentlichung der zweitmeinungsgebenden Ärzte

Informationen zu geeigneten Zweitmeinern werden nach erteilter Genehmigung unter www.kvb.de in der Arztsuche der KVB veröffentlicht. Zu finden in der Expertensuche unter *Weitere Optionen/Genehmigungen/Zusatzverträge/„Zweitmeinung Arthroskopische Eingriffe am Schultergelenk“*.

Abrechnung erst nach Änderung des EBM möglich

Zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung können die Aufklärung und Beratung zum Zweitmeinungsanspruch bei geplanter Schulterarthroskopie durch den indikationsstellenden Arzt erst dann erbracht und abgerechnet werden, wenn die Gebührenordnungsposition (GOP) 01645 EBM als zusätzlich berechnungsfähige Leistung in die Präambeln der Fachkapitel der betroffenen Fachrichtungen aufgenommen worden ist. Sobald die entsprechende Anpassung des EBM erfolgt ist, werden wir Sie informieren.

Für die Abgabe der ärztlichen Zweitmeinung zur planbaren Schulterarthroskopie können nach Abschnitt 4.3.9.2 EBM die jeweiligen arztgruppenspezifischen Grundpauschalen einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden. Zur Gewährleistung der gegenwärtig bis Ende 2021 befristeten extrabudgetären Vergütung im Rahmen des Zweit-

meinungsverfahrens ist eine bundeseinheitliche eingriffsspezifische Kennzeichnung der Leistungen einzuhalten.

Den Genehmigungsantrag sowie weitere Informationen zum Zweitmeinungsverfahren, finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung* unter *Themen und Verfahren der Qualitätssicherung* unter Buchstabe „Z“/Zweitmeinungsverfahren.

Für Rückfragen wenden Sie sich bitte an
E-Mail qsinfo@kvb.de

Neue Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien Radiologie und Kernspintomographie

Am 17. Oktober 2019 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die neuen Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien Radiologie (QBR-RL) und Kernspintomographie (QBK-RL) beschlossen. Diese Richtlinien sind mit Wirkung zum 1. Januar 2020 nach ihrer Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft getreten.

Die Neufassungen der QBR-RL und der QBK-RL wurden infolge der grundlegenden Überarbeitung der ebenfalls angepassten Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (QP-RL, Fassung vom 20. Juni 2019, zuletzt geändert am 17. Oktober 2019, in Kraft seit 14. Januar 2020) erforderlich.

Inhalte der neuen QBR-RL beziehungsweise der neuen QBK-RL

Die neue QBR-RL legt die Qualitätsbeurteilungskriterien für die Stichprobenprüfungen nach Paragraph 135b Absatz 2 SGB V in den beiden Leistungsbereichen konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie fest. Die neue QBK-RL dagegen regelt im Zusammenhang mit den Stichprobenprüfungen die Qualitätsbeurteilungskriterien im Leistungsbereich Kernspintomographie.

Die Inhalte und Prüfgegenstände entsprechen weitestgehend den in der Vergangenheit gültigen Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien Radiologie beziehungsweise Kernspintomographie. Ergänzt wurden aber Vorgaben zur Bewertung der Behandlungsdokumentationen im Rahmen der Stichprobenprüfungen sowie zur Umsetzung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Bewertungsschema für die Behandlungsdokumentation nach QBR-RL sowie nach QBK-RL

Die Bewertungsschemata für die Einzel- und Gesamtbewertung der Behandlungsdokumentationen im Rahmen der Stichprobenprüfungen sind jetzt unmittelbar in den Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien in Form von jeweils zwei Anlagen festgelegt (vergleiche Paragraph 8 QP-RL in Verbindung mit Paragraph 7 QBR-RL und Paragraph 5 QBK-RL). Neu ist zudem, dass die korrekte Kennzeichnung der Röntgen-, CT- und MRT-Bilder und die Zuordenbarkeit des Befundberichts explizit mit drei der wie bisher zwanzig möglichen Punkte in die Einzelbewertung eingehen. Ansonsten orientieren sich die Bewertungsschemata eng an den von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) entwickelten und erprobten Bewertungsschemata für die konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie beziehungsweise Kernspintomographie.

Wiederaufnahme der Stichprobenprüfungen

Mit dem Inkrafttreten der neuen QBR-RL und QBK-RL zum 1. Januar 2020 erfolgt auch die Wiederaufnahme der Stichprobenprüfungen in den Leistungsbereichen konventionelle Röntgendiagnostik, Computertomographie und Kernspintomographie. Dabei dürfen ausschließlich Prüfquartale ab Beginn des Kalenderjahres 2020 festgelegt werden (vergleiche Paragraph 5 Absatz 3 QP-RL in Verbindung mit Paragraph 1 Absatz 5 QBR-RL beziehungsweise Paragraph 1 Absatz 4 QBK-RL).

Mit der Durchführung der Stichprobenprüfungen kann erst begonnen werden, wenn Abrechnungsunterlagen vorliegen. Entsprechend regeln Paragraph 9 QBR-RL sowie Paragraph 7 QBK-RL, dass im Jahr 2020 Übergangsweise jeweils nur zwei Prozent der Ärzte zu überprüfen sind, die in diesem Jahr ärztliche Leistungen aus den Leistungsbereichen konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie beziehungsweise aus dem Leistungsbereich der Kernspintomographie erbringen und abrechnen. Ab dem Jahr 2021 sind es dann jeweils vier Prozent der Ärzte (vergleiche Paragraph 6 Absatz 2 QP-RL).

Keine Pseudonymisierung der Röntgen-, CT und MRT-Bilder

Den Praxen entsteht kein zusätzlicher Aufwand in Hinblick auf eine Pseudonymisierung der Behandlungsdokumentationen im Rahmen der Stichprobenprüfungen für die Leistungsbereiche konventionelle Röntgendiagnostik, Computertomographie beziehungsweise Kernspintomographie.

Die angeforderten schriftlichen und bildlichen Behandlungsdokumentationen sind von den Ärzten nicht in pseudonymisierter Form einzureichen (vergleiche Paragraph 16 QP-RL in Verbindung mit Paragraph 8 QBR-RL beziehungsweise Paragraph 6 QBK-RL). Die KVB prüft, ob die eingereichten Dokumentationen mit den angeforderten Dokumentationen übereinstimmen und vollständig vorliegen und leitet diese an die zuständige Qualitätssicherungskommission (QS-Kommission) zur fachlichen Beurteilung weiter. Der

QS-Kommission liegen somit die nicht pseudonymisierten Röntgen-, CT- und MRT-Bilder vor. Dies ist erforderlich, um prüfen zu können, ob die Bilder fachlich und inhaltlich korrekt gekennzeichnet sind und durch die Einblendung der Kennzeichnung keine medizinisch relevanten Bildinhalte überblendet und die diagnostische Aussagekraft der Bilder beeinträchtigt wird. Die QBR-RL und die QBK-RL machen insofern von der nach Paragraph 16 QP-RL vorgesehenen Möglichkeit zur Ausnahme vom Grundsatz der Pseudonymisierung Gebrauch.

Patienteninformation zur Datenverarbeitung in der Stichprobenprüfung

Die QP-RL sieht eine qualifizierte Patienteninformation zu Art und Umfang der Datenverarbeitung im Rahmen der Stichprobenprüfungen durch den Arzt vor (Paragraph 18 Satz 1, 2 QP-RL in Verbindung mit Paragraph 299 Absatz 1 Satz 4 Nummer 3 SGB V). Mangels abweichender Regelungen in der QBK-RL und QBR-RL gilt dies auch für die Stichprobenprüfungen in den Leistungsbereichen konventionelle Röntgendiagnostik, Computertomographie und Kernspintomographie. Zu diesem Zweck hat der G-BA ein Patientenmerkblatt erstellt, das auf seiner Internetseite unter www.g-ba.de/downloads/17-98-4949/2019-12-19_G-BA_Patienteninformation_Roentgen_bf.pdf zum Download zur Verfügung steht.

Sofern Sie von der Stichprobenprüfung in den Leistungsbereichen konventionelle Röntgendiagnostik, Computertomographie beziehungsweise Kernspintomographie betroffen sein sollten, werden Sie hierü-

ber mittels Anschreiben in Kenntnis gesetzt und erhalten weitere Informationen. Die QBR-RL und die QBK-RL können Sie auf der Internetseite des G-BA unter www.g-ba.de/richtlinien/22/ beziehungsweise www.g-ba.de/richtlinien/21/ einsehen. Dort finden Sie auch unter www.g-ba.de/richtlinien/46/ die QP-RL.

Für Rückfragen wenden Sie sich bitte an
E-Mail qsinfo@kvb.de

Systemische Therapie bei Erwachsenen

Für die psychotherapeutische Behandlung von Erwachsenen steht künftig mit der Systemischen Therapie ein weiteres Richtlinienverfahren als Kassenleistung zur Verfügung. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 22. November 2019 den Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der Systemischen Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren anerkannt und eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie beschlossen. Nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger ist der Beschluss am 24. Januar 2020 in Kraft getreten.

Es müssen allerdings noch weitere Anpassungen erfolgen, damit die Systemische Therapie bei Erwachsenen als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung erbracht und abgerechnet werden kann. Insbesondere muss eine Änderung des EBM durch den Bewertungsausschuss erfolgen. Dieser hat sechs Monate Zeit, um über die Vergütung bei entsprechend weitergebildeten Therapeuten zu verhandeln.

Die Abrechnungsgenehmigung erteilt die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung. Zuvor müssen jedoch erst die rechtlichen Grundlagen zur Erteilung der Genehmigung geschaffen werden, das heißt, dass auch die Psychotherapie-Vereinbarung angepasst werden muss.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin, Frau Monika Koch, unter
Telefon 09 41 / 39 63 – 2 69
E-Mail Monika.Koch@kvb.de

Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern

Nachfolgend finden Sie unsere bereits 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 bedeuten, dass x Betriebsstätten mit dem jeweils genannten System beziehungsweise mit dem System/den Systemen des genannten Anbieters im bezogenen Quartal abgerechnet haben.

Im Quartal 4/2018 wurden insgesamt 18.743 Installationen vermerkt, und im Quartal 4/2019 18.708. Zum Jahresende 2019 waren insgesamt 105 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 4/2018 zu 4/2019
1	Psyprax	Psyprax GmbH	3.776	20,18 %	+80
2	x.isynet	medatixx GmbH & Co. KG	2.441	13,05 %	-47
3	TURBOMED	CompuGroup Medical	1.444	7,72 %	-78
4	MEDISTAR	CompuGroup Medical	1.437	7,68 %	-74
5	CGM M1 PRO	CompuGroup Medical	838	4,48 %	-40
6	ALBIS	CompuGroup Medical	825	4,41 %	-25
7	x.concept	medatixx GmbH & Co. KG	782	4,18 %	-29
8	x.comfort	medatixx GmbH & Co. KG	488	2,61 %	-55
9	easymed	promedico / medatixx GmbH	441	2,36 %	-43
10	EPIKUR	Epikur Software & IT-Service	432	2,31 %	+80

Praxisverwaltungssysteme mit dem größten absoluten Kundenzuwachs

Rang	PVS/KIS	Anbieter	Differenz der Installationen 4/2018 zu 4/2019	Installationen gesamt (Stand 4/2019)
1	medatixx	medatixx GmbH & Co. KG	+113	344
2	Psyprax	Psyprax GmbH	+80	3.776
3	EPIKUR	Epikur Software & IT-Service	+80	432
4	RED Medical	RED Medical Systems GmbH	+65	256
5	T2med	T2med GmbH & Co. KG	+60	154
6	tomedo	zollsoft GmbH	+50	181
7	PegaMed	PEGA Elektronik-Vertriebs GmbH	+32	253
8	Elefant	HASOMED GmbH	+27	331
9	MEDICAL OFFICE	Indamed GmbH	+26	249
10	Smarty	New Media Company GmbH & Co. KG	+13	227

