

KVBIINFOS

03|23
04|

ABRECHNUNG

- 22 Die nächsten Zahlungstermine
- 22 Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2023
- 26 EBM-Änderungen zum 1. Januar 2023
- 32 EBM-Änderungen zum 1. April 2023
- 33 Empfehlungen zur Labor-diagnostik
- 34 EBM – Rückwirkender Zuschlag bei Behandlung von Kindern mit Atemwegsinfektionen zum 1. Oktober 2022
- 34 Stereotaktische Radiochirurgie bei Hirnmetastasen
- 35 Zuzahlung Heilmittel ab 1. April 2023
- 35 Untersuchungszeiträume ab U6
- 36 TSVG: Änderungen bei der Terminvermittlung
- 36 Asylbewerber und Sozialhilfeempfänger
- 36 Psychotherapie: Fremd- und Dauerdiagnosen

VERORDNUNG

- 37 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 38 Evusheld® – Abrechnung
- 39 Lieferengpässe bei Arznei-mitteln
- 39 Rehabilitationssport und Funktionstraining
- 39 Außerklinische Intensivpflege

QUALITÄT

- 40 Änderungen Röntgendiagnos-tik und Computertomographie
- 40 Neues Zweitmeinungsverfahren „Cholezystektomie“
- 42 Qualitätssicherungsverein-barung „Telemonitoring Herzinsuffizienz“

ALLGEMEINES

- 43 Zwei neue ASV-Indika-tionen beschlossen

SEMINARE

- 43 Hinweis zu KVB-Seminaren

Die nächsten Zahlungstermine

10. März 2023

Abschlagszahlung Februar 2023

11. April 2023

Abschlagszahlung März 2023

28. April 2023

Restzahlung 4/2022

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 Notarztdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später*

Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2023

Abrechnungsabgabe

Wann?	Einreichung bis spätestens Dienstag, den 11. April 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 25. 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

Corona-Impfungen in Impfzentren (nicht in der eigenen Praxis)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Die Abrechnung von Corona-Impfungen, die Sie in Impfzentren durchgeführt haben, erfolgt ausschließlich mit einer Online-Anwendung über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ unter Service „Honorar & Abrechnung“ mit dem Suchbegriff „Corona-Impfabrechnung“. ■ Aufgrund der Schließung der Bayerischen Impfzentren zum 31. Dezember 2022 wird die rückwirkende Einreichung oder Änderung von Abrechnungen kulanweise noch bis 31. März 2023 akzeptiert. Ab 1. April 2023 ist keine Abrechnung geleisteter Dienste mehr möglich!
Infos zu Corona-Impfungen in Impfzentren	Ausführliche Informationen finden Sie in unserer „Anleitung zur Corona-Impfabrechnung über ‚Meine KVB‘“ oder unter www.kvb.de/coronavirus .
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 zum 1. Januar 2023 Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) beschlossen. Über die wichtigsten Änderungen wurden die betroffenen Ärzte in gesonderten Rundschreiben bereits informiert. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese in Kürze dar.

Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses aus seiner 620., 625., 626., 627. und 628. Sitzung und des Erweiterten Bewertungsausschusses aus seiner 79. 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.

Videosprechstunde – Verlängerung Authentifizierungszuschlag (GOP 01444)

Beschluss aus der 626. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Der befristete Zuschlag nach der GOP 01444 für die Authentifizierung eines unbekanntes Patienten im Rahmen der Behandlung in Videosprechstunde wurde um ein weiteres Jahr bis zum 31. Dezember 2023 verlängert.

Erstbefüllung ePA – Verlängerung bis 31. Dezember 2023

Beschluss aus der 79. Sitzung des erweiterten Bewertungsausschusses

Die elektronische Patientenakte (ePA) ist gemäß Paragraf 341 Absatz 1 SGB V eine für den Versicherten freiwillige, versichertengeführte

elektronische Akte, die Krankenkassen ihren Versicherten seit dem 1. Januar 2021 anbieten.

Mit Beschluss vom 14. Dezember 2022 hat der erweiterte Bewertungsausschuss beschlossen, die befristete GOP 01648 (89 Punkte/10,23 Euro) für die Erstbefüllung der ePA um ein weiteres Jahr bis zum 31. Dezember 2023 zu verlängern.

Informationen rund um die ePA mit ihren technischen Voraussetzungen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/IT in der Praxis/Telematikinfrastruktur/Elektronische Patientenakte*.

Weiterentwicklung Ambulantes Operieren

Beschluss aus der 620. Sitzung des Bewertungsausschusses

Zur Förderung des ambulanten Operierens hat der Bewertungsausschuss (BA) zum 1. Januar 2023 Änderungen des EBM beschlossen. Dieses erste Maßnahmenpaket beinhaltet unter anderem eine Änderung der Bewertungen, eine höhere Vergütung für ausgewählte ambulante Operationen, die Möglichkeit zu einer verlängerten Nachbeobachtung und die Aufnahme von Operationen in den Anhang 2 EBM, die zuvor nur stationär berechnungsfähig waren.

Im Verlauf des Jahres 2023 sollen weitere Anpassungen wie zum Beispiel die Abbildung von spezifischen Hygienekosten und Neukalkulation von Leistungen ambulanter Operationszentren erfolgen.

Änderung der Bewertungen sowie Änderungen der Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3

Die Leistungen des ambulanten und belegärztlichen Operierens wurden im Zuge der Weiterentwicklung des EBM neu kalkuliert und zum 1. Januar 2023 angepasst. Sie betrifft die Leistungen des Abschnitts 31.2 und 36.2 sowie die GOPen 01854, 01855, 01904 bis 01906 für Sterilisationen und Schwangerschaftsabbrüche. Die EBM-Weiterentwicklung musste punktsummenneutral – das heißt ausgabenneutral für die Krankenkassen – erfolgen, daher kommt es bei der Neubewertung der Operationsleistungen sowohl zu einer Anhebung als auch zu einer Absenkung von Bewertungen.

Die betreffenden GOPen mit den neuen Bewertungen sowie den geänderten Kalkulations- und Prüfzeiten finden Sie auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses als technische Anlage zum Beschluss aus der 620. Sitzung unter https://institut-ba.de/ba/ba-beschluesse/2022-12-14_ba620_de.pdf.

Neue Zuschläge zur Förderung der Ambulantisierung

Zur Förderung der notwendigen und gesetzlich geforderten Ambulantisierung im Bereich ambulanter Operationen wie beispielsweise bei Hernien-Eingriffen und Arthroskopien wurden mit Wirkung zum 1. Januar 2023 Zuschläge für eine höhere Vergütung zu rund 500 OPS-Kodes in den EBM aufgenommen. Die Krankenkassen stellen dazu im kommenden Jahr rund 60 Millionen Euro zusätzlich bereit. Die Aufnahme der

Zuschläge erfolgt in einem neuen Unterabschnitt 31.2.20 – Förderung der Ambulantisierung EBM.

Es gibt sieben unterschiedliche Zuschläge zu Eingriffen des Abschnitts 31.2, die je nach durchgeführtem OPS-Kode abrechenbar sind:

- **GOP 31451 – Zuschlag I**
(223 Punkte/25,63 Euro)
- **GOP 31452 – Zuschlag II**
(263 Punkte/30,22 Euro)
- **GOP 31453 – Zuschlag III**
(360 Punkte/41,37 Euro)
- **GOP 31454 – Zuschlag IV**
(810 Punkte/93,08 Euro)
- **GOP 31455 – Zuschlag V**
(961 Punkte/110,43 Euro)
- **GOP 31456 – Zuschlag VI**
(1.323 Punkte/152,03 Euro)
- **GOP 31457 – Zuschlag VII**
(1.923 Punkte/220,98 Euro)

Die Zuschläge werden im Anhang 2 – Zuordnung der operativen Prozeduren nach Paragraph 295 SGB V (OPS) zu den Leistungen der Kapitel 31 und 36 EBM in einer neuen Spalte „Zuschlag Förderung“ bei den zugeordneten OPS-Kodes ausgewiesen.

Wir haben Ihnen eine Übersicht über die Zuordnung der Zuschläge zu den genannten OPS-Kodes mit deren Bezeichnung erstellt. Sie finden die Übersicht als Anlage zu unserem Rundschreiben vom 29. Dezember 2022 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 Internet-Themenseite „Ambulantes Operieren“ unter https://www.kbv.de/html/ambulantes_operieren.php.

Zuschlag für die postoperative Nachbeobachtung ausgewählter Personengruppen und bei bestimmten Operationen

Zum 1. Januar 2023 wird für die postoperative Nachbeobachtung im unmittelbaren Anschluss an die postoperative Überwachung nach einer ambulanten Operation des Abschnitts 31.2 EBM für ausgewählte Personengruppen und für geeignete Operationen ein neuer Zeitzuschlag mit der GOP 31530 in den neuen Abschnitt 31.3.3 EBM aufgenommen. Damit können mehr Patienten, die aufgrund ihres Gesundheitszustands oder Alters mitunter engmaschiger und länger betreut werden müssen, ambulant operiert werden. Des Weiteren kann die OP-Dauer ein Auslöser für eine längere Nachbeobachtung sein.

Die GOP 31530 ist berechnungsfähig bei

- Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern, Kindern bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr oder
- Patienten ab dem 70. Lebensjahr mit geriatrischem Versorgungsbedarf und Frailty-Syndrom (Kombination von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder gesteigerter Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderteter körperlicher Aktivität)

und/oder

- Patienten mit einer der folgenden Erkrankungen: F00-F02 dementielle Erkrankungen, G30 Alzheimer-Erkrankung, G20.1 Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung und G20.2 Primäres Parkinson-

Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung

und/oder

- operativen Eingriffen der OP-Kategorie 5 bis 7 gemäß Anhang 2 zum EBM. In diesen Fällen ist eine medizinische Begründung notwendig (gilt nicht für Patienten der Punkte 1 bis 3).

NEU: GOP 31530 – Zuschlag zu den GOPen 31501 bis 31507 bei sich anschließender Nachbeobachtung

EBM-Bewertung	77 Punkte
Preis B€GO	8,85 Euro

- je vollendete 30 Minuten
- Ab der fünften Leistung im Anschluss an eine Leistung gemäß Abschnitt 31.3.20 wird die GOP 31530 mit 68 Punkten bewertet.
- Die GOP 31530 ist **nicht berechnungsfähig bei Operationen an den Augen** nach den GOPen 31341 bis 31347, 31350 und 31351, 31362, 31364 und 31371 bis 31373.
- Die **medizinischen Begründungen** für die Operationen der Kategorie 5 bis 7 sind in **Feldkennung 5009 (freier Begründungstext)** anzugeben, siehe oben.
- Die Überwachungs- und Nachbeobachtungszeiten sind durch die Verlaufs-/Patientendokumentation nachzuweisen. Bitte nehmen Sie in diesen Fällen eine entsprechende Dokumentation in der Praxis-/Patientenakte vor. Erfahrungsgemäß kann es bei derartigen Sachverhalten zu nachgelagerten Anträgen der Krankenkassen kommen. Im Rahmen von Prüfverfahren sind die ärztlichen Aufzeichnungen das entscheidende Mittel die ordnungsgemäße Leistungserbringung zu belegen.

- Die postoperative Überwachungszeit nach den GOPen 31501 bis 31507 und die verlängerte Nachbeobachtungszeit nach der GOP 31530 darf in Summe das Doppelte der jeweiligen postoperativen Überwachungszeit nicht übersteigen. Als Berechnungsgrundlagen gelten folgende Zeiten für die postoperativen Überwachungskomplexe nach Absatz 31.3.2 EBM:
 - 31501: 0,5 Stunden
 - 31502: 1 Stunde
 - 31503: 2 Stunden
 - 31504: 3 Stunden
 - 31505: 4 Stunden
 - 31506: 6 Stunden
 - 31507: 8 Stunden
 Das heißt, statt 30 Minuten Überwachung sind jetzt eine Stunde Überwachung plus Nachbeobachtung möglich. Auch hier finden Sie konkrete Beispiele für den Zuschlag auf der Internet-Themenseite „Ambulantes Operieren“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter https://www.kbv.de/html/ambulantes_operieren.php).

Aufnahme neuer OPS-Kodes in den Anhang 2 EBM

Zusätzlich wurden 196 neue OPS-Kodes in den Anhang 2 EBM aufgenommen, um die ambulante Versorgung im Rahmen der Weiterentwicklung des ambulanten Operierens zu erweitern. Hierbei handelt es sich insbesondere um ergänzende Eingriffe in den Bereichen der Operationen am Nervensystem (Bereich Neurostimulatoren), an den Augen, am Herzen (Bereich Rhythmuschirurgie), am Verdauungstrakt, an den weiblichen Geschlechtsorganen, an anderen Knochen sowie arthroskopischen Gelenkoperationen und Operationen an der Hand.

Zeitgleich mit Aufnahme des proktologischen Eingriffs mit OPS-Kode 5-490.1 wird in den Präambeln der operativen visceralchirurgischen Eingriffe (31.2.6 EBM ambulant und 36.2.6 EBM belegärztlich) eine neue zweite Bestimmung aufgenommen: Proktologische Eingriffe entsprechend des OPS-Kodes 5-490.1 sind nur bei Vorliegen eines periproktitischen Abszesses (ICD-10-GM K61.-) berechnungsfähig.

Eine Übersicht über die neu aufgenommenen OPS-Kodes finden Sie auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses als Anlage zum Beschluss aus der 620. Sitzung unter https://institut-ba.de/ba/babeschlusse/2022-12-14_ba620_ops.pdf.

Operationen: Aufnahme der matrixassoziierten autologen Chondrozytenimplantation (M-ACI) in den EBM

Beschluss aus der 620. Sitzung des Bewertungsausschusses

Zuletzt informierten wir Sie in den KVB INFOS, Ausgabe 7-8/2022, über die Aufnahme der Matrixassoziierten autologen Chondrozytenimplantation (M-ACI) bei Knorpelschäden in die Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Der Bewertungsausschuss (BA) beschloss nun mit Wirkung zum 1. Januar 2023 die Aufnahme der ambulanten und belegärztlichen M-ACI in den Anhang 2 „Zuordnung der operativen Prozeduren (OPS) zu den Kapiteln 31 und 36“ des EBM.

Anspruchsberechtigte Patienten

Die M-ACI darf nur bei Patienten mit einem symptomatischen Gelenkknorpeldefekt des Kniegelenks des

Schweregrads III oder IV gemäß der Klassifikation der International Cartilage Repair Society durchgeführt werden (siehe Paragraf 2 der Nr. 38 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der G-BA-Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“).

Operativer Eingriff im Anhang 2

Neuaufnahme weiterer Zeilen in Anhang 2 (OPS) des EBM (siehe Tabelle auf der nächsten Seite).

Für die Abrechnung der GOPen ist Folgendes zu beachten:

- Nur berechnungsfähig von Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie, Fachärzten für Orthopädie und Fachärzten für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie.
- Die GOPen zu den OPS-Kodes 5-801.ah und 5-812.8h sind nur dann berechnungsfähig, wenn die Entnahme des Knorpelgewebes in einer Einrichtung gemäß Paragraf 20b Absatz 1 des Gesetzes über den Verkehr mit Arzneimitteln (AMG) und unter Einhaltung der Vorschriften des Transplantationsgesetzes erfolgt.
- Für die **postoperative Behandlung** kann – einmalig innerhalb von 21 Tagen – im Anschluss an eine **ambulante Entnahme eines Knorpeltransplantats** die **GOP 31616** (= bei Überweisung durch den Operateur) oder die **GOP 31617** (= bei Erbringung durch den Operateur) abgerechnet werden.
- Für die **postoperative Behandlung** kann – einmalig innerhalb von 21 Tagen – im Anschluss an eine **ambulante autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation** die **GOP 31618** (= bei Überweisung durch den Operateur) oder die **GOP 31619** (= bei

OPS-Kode	Bezeichnung OPS 2023	Kategorie	OP-Leistung ambulant/ belegärztlich	Bewertung EBM/B€GO	Überwachung ambulant/ belegärztlich	Bewertung EBM/B€GO
5-801.ah	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Entnahme eines Knorpeltransplantats: Kniegelenk	D3	31133	2744 Punkte/ 315,33 Euro	31504	694 Punkte/ 79,75 Euro
			36133	1804 Punkte/ 207,31 Euro	36504	80 Punkte/ 9,19 Euro
5-801.kh	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Autogene Matrixinduzierte Chondrozytentransplantation: Kniegelenk	D5	31135	5255 Punkte/ 603,88 Euro	31505	977 Punkte/ 112,27 Euro
			36135	4523 Punkte/ 519,76 Euro	36505	113 Punkte/ 12,99 Euro
5-812.8h	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Entnahme eines Knorpeltransplantats: Kniegelenk	E3	31143	3156 Punkte/ 362,67 Euro	31504	694 Punkte/ 79,75 Euro
			36143	1752 Punkte/ 201,33 Euro	36504	80 Punkte/ 9,19 Euro
5-812.hh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Autogene Matrixinduzierte Chondrozytentransplantation: Kniegelenk	E5	31145	5407 Punkte/ 621,35 Euro	31505	977 Punkte/ 112,27 Euro
			36145	4069 Punkte/ 467,59 Euro	36505	113 Punkte/ 12,99 Euro

Erbringung durch den Operateur) abgerechnet werden.

- 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 **Narkose** kann für die Eingriffe der **Kategorie 3** ambulant mit der GOP 31823 beziehungsweise belegärztlich mit der GOP 36823 und für die Eingriffe der **Kategorie 5** ambulant mit der GOP 31825 beziehungsweise belegärztlich mit der GOP 36825 durch den Anästhesisten abgerechnet werden.

Vergütung

Die Leistungen der Kapitel 31 und 36 werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt.

Genehmigung

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

Für die Erbringung und Abrechnung der arthroskopischen Operationen ist zusätzlich eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung

arthroskopischer Leistungen nach der Arthroskopie-Vereinbarung erforderlich.

Sachkosten bei ambulanter Erbringung

Die gemäß Anhang 2 zum EBM den OPS-Kodes 5-801.ah, 5-801.kh, 5-812.8h und 5-812.hh zugeordneten GOPen für die OP-Leistungen des Abschnitts 31.2 EBM **beinhalten nicht die Sachkosten** im Zusammenhang mit der Durchführung der M-ACI. Die entstehenden Kosten sind entsprechend Nr. 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen gesondert berechnungsfähig. Soweit aufgrund besonderer Umstände beide Leistungen bei einem Patienten nicht vollständig durchgeführt werden können (wie etwa Infektion des

Patienten) werden die anfallenden Sachkosten ebenfalls nach den Allgemeinen Bestimmungen des EBM (vergleiche Nr. 7.3) erstattet.

Die anfallenden Sachkosten können im Einzelfall bei der jeweils zuständigen Krankenkasse vor Behandlungsbeginn beantragt werden. Sollten sich Änderungen hinsichtlich der Sachkostenerstattung ergeben, informieren wir Sie hierüber zeitnah.

Änderungen beim Telemonitoring bei Herzinsuffizienz

Beschluss aus der 625. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Zur Abrechnung des Telemonitorings wurden Anfang 2022 neue GOPen für den Primärbehandelnden Arzt (PBA) sowie das Telemedizinische Zentrum (TMZ) in den EBM aufgenommen. Mit Wirkung zum 1. Januar 2023 erfolgten hierzu mehrere Anpassungen.

- **Aufhebung von Abrechnungsausschlüssen**
TMZ, die gleichzeitig für die Patienten auch die Aufgaben des PBA wahrnehmen, können ab dem 1. Januar 2023 im gleichen Behandlungsfall das Telemonitoring mittels kardialen Aggregats (GOP 13584) neben den Funktionsanalysen, die in der Praxis durchgeführt werden (GOPen 04411/13571, 04413/13573 und 04415/13575), berechnen. Um Konstellationen in der Versorgung zu berücksichtigen, in denen manuelle Messungen im Rahmen der Funktionskontrolle sowie Umprogrammierungen und persönliche Kontrollen des implantierten Aggregats erforderlich sind, wurden die bisher-

gen Abrechnungsausschlüsse neu geregelt:

- Der Berechnungsausschluss der GOP 13584 zu den GOPen 04411, 04413, 04415, 13571, 13573 und 13575 **im Behandlungsfall entfällt**.
- Künftig sind die GOPen 13573 und 04413 (Funktionsanalyse eines implantierten Defibrillators/Kardioverters) sowie die GOPen 13575 und 04415 (Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT) grundsätzlich **einmal im Krankheitsfall** neben dem Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialem Aggregat nach GOP 13584 berechnungsfähig.
- Eine **zweimalige bis höchstens dreimalige Nebeneinanderberechnung im Krankheitsfall** ist zum Zweck der Umprogrammierung oder bei nicht vorhersehbarer Inanspruchnahme möglich (Begründung erforderlich in Feldkennung 5009 „freier Begründungstext“).
- **Zuschläge für das intensivierete Telemonitoring ab dem kommenden Jahr auch am 24. und 31. Dezember abrechenbar**
Bisher waren die Zuschläge für das intensivierete Telemonitoring (GOPen 13585 und 13587) nur an den gesetzlichen Feiertagen sowie an den Wochenenden berechnungsfähig. TMZ können die Zuschläge beginnend ab dem Jahr 2023 auch am 24. und 31. Dezember abrechnen. Damit werden diese beiden Tage analog zu vergleichbaren Leistungen im EBM als besondere Werkstage berücksichtigt.

Höherbewertung Dialyse – Kostenpauschalen

Beschluss aus der 620. Sitzung des Bewertungsausschusses

Ab 1. Januar 2023 wurden die Bewertungen der Kostenpauschalen 40815 bis 40819 und 40823 bis 40838 des Abschnitts 40.14 EBM (Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren) um zwei Prozent erhöht (siehe Tabelle auf der nächsten Seite).

Infektionsdialyse: Zuschlag auch bei COVID-19-Infektion

Beschluss aus der 620. Sitzung des Bewertungsausschusses

Während der COVID-19-Pandemie konnten die Zuschläge für die Infektionsdialyse nach den GOPen 40835 (Zuschlag zu der Kostenpauschale 40816, 40823 oder 40825 für die Infektionsdialyse) und 40836 (Zuschlag zu der Kostenpauschale 40815, 40817, 40818, 40819, 40824, 40826 bis 40828 für die Infektionsdialyse) auch bei Vorliegen einer Infektion mit COVID-19 bei Patienten, die unter Quarantäne gestellt sind (gemäß Paragraphen 28 und 30 Infektionsschutzgesetz) und bei Kontaktpersonen der Kategorie I nach dem COVID-19-Kontaktpersonenmanagement des Robert Koch-Instituts abgerechnet werden.

Diese zunächst temporär geltende Ausnahmeregelung wird nun dauerhaft in den EBM überführt, um so den gesetzlichen Anforderungen an den Infektionsschutz Rechnung zu tragen. Hierzu werden die GOPen 40835 und 40836 dahingehend geändert, dass die Zuschläge künftig

Höherbewertung Dialyse – Kostenpauschalen

Dialyse – Kostenpauschale	Bewertung bis 31. Dezember 2022 in Euro	Bewertung ab 1. Januar 2023 in Euro
40815	627,00 Euro	639,54 Euro
40816	830,00 Euro	846,60 Euro
40817	118,60 Euro	120,97 Euro
40818	658,40 Euro	671,57 Euro
40819	124,50 Euro	126,99 Euro
40823	Preisstufe 1: 485,80 Euro	Preisstufe 1: 495,52 Euro
	Preisstufe 2: 466,30 Euro	Preisstufe 2: 475,63 Euro
	Preisstufe 3: 417,50 Euro	Preisstufe 3: 425,85 Euro
	Preisstufe 4: 398,00 Euro	Preisstufe 4: 405,96 Euro
40824	Preisstufe 1: 161,90 Euro	Preisstufe 1: 165,14 Euro
	Preisstufe 2: 155,40 Euro	Preisstufe 2: 158,51 Euro
	Preisstufe 3: 139,20 Euro	Preisstufe 3: 141,98 Euro
	Preisstufe 4: 132,70 Euro	Preisstufe 4: 135,35 Euro
40825	505,40 Euro	515,51 Euro
40826	72,20 Euro	73,64 Euro
40827	168,50 Euro	171,87 Euro
40828	174,70 Euro	178,19 Euro
40829	10,00 Euro	10,20 Euro
40830	3,30 Euro	3,37 Euro
40831	20,00 Euro	20,40 Euro
40832	6,70 Euro	6,83 Euro
40833	30,00 Euro	30,60 Euro
40834	10,00 Euro	10,20 Euro
40835	90,00 Euro	91,80 Euro
40836	30,00 Euro	30,60 Euro
40837	300,00 Euro	306,00 Euro
40838	100,00 Euro	102,00 Euro

ihren Leistungsinhalten nach zusätzlich

- bei Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 und/oder
- bei Patienten, die gemäß Paragraph 4 Coronavirus-Einreiseverordnung zur Absonderung verpflichtet sind, berechnungsfähig sind.

Labor: Aufnahme des PCR-Nachweises von Affenpocken in Abschnitt 32.3 EBM

Beschluss aus der 620. Sitzung des Bewertungsausschusses

Inzwischen ist beim Affenpockenvirus von einem beständigen und globalen Infektionsgeschehen auszugehen. Daher hat der Bewertungsausschuss den Nukleinsäurenachweis des Erregers der Affenpocken dauerhaft in den EBM überführt. Ab

dem 1. Januar 2023 ist der Erregernachweis mit der neuen GOP 32810 aus dem Abschnitt 32.3.12 EBM (Molekularbiologische Untersuchungen) berechnungsfähig. Die bisher gültige Pseudo-GOP 88740 ist ab diesem Zeitpunkt nicht mehr abrechenbar.

Neu: GOP 32810 – Nukleinsäurenachweis von Orthopoxvirus spp. aus makulo-/vesiculopapulösen Haut- oder Schleimhautläsionen (Befundmitteilung innerhalb von 24 Stunden nach Materialeingang im Labor),

Preis B€GO: 19,90 Euro

- Höchstens dreimal im Behandlungsfall abrechenbar.
- Berechnungsfähig von Fachärzten für Laboratoriumsmedizin oder Fachärzten für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie mit Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor.
- Die Beauftragung erfolgt auf Muster 10.

Die Kosten für das Versandmaterial, Versandgefäße etc. sowie für die Versendung beziehungsweise den Transport des Untersuchungsmaterials können wie bei anderen Auftragsleistungen des Speziallabors zusätzlich über die Kostenpauschale 40100 berechnet werden.

Ausnahmekennnummer 32006

Damit sich die Laborkosten nicht auf den Wirtschaftlichkeitsbonus auswirken, kann der veranlassende Arzt die Ausnahmekennnummer 32006 (Erkrankungen/Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht) in seiner Abrechnung ansetzen.

Vergütung

Die Vergütung der GOP 32810 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Weiterführende Informationen zum Thema Affenpocken finden Sie auf der Internetseite des Robert Koch-Instituts in der Rubrik „Infektionskrankheiten A-Z“ unter <https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/A/Affenpocken/Affenpocken.html>.

Behandlung Morbus Pompe

Beschluss aus der 628. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Die Europäische Arzneimittelagentur hat im Juni 2022 Avalglucosidase alfa (Handelsname: Nexviadyme®), eine weitere Enzymersatztherapie zur Behandlung von Morbus Pompe, zugelassen.

Daher hat der Bewertungsausschuss mit Wirkung zum 1. Januar 2023 die Pauschalen für die praxisklinische Beobachtung und Betreuung nach den GOPen 01510 bis 01512 um die parenterale intravasale Gabe mit Avalglucosidase alfa bei Morbus Pompe erweitert.

EBM – Detailänderungen

Beschluss aus der 627. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Mutterschaftsvorsorge

Zur Anpassung an die zwischenzeitlich geänderten Mutterschafts-Richtlinien erfolgte in verschiedenen GOPen der Mutterschaftsvorsorge (Abschnitt 1.7.4 EBM) eine Änderung des Bezugs zu den neu verordneten Regelungen der Mutterschafts-Richtlinien.

Strukturzuschlag Psychotherapie Gruppentherapie (GOP 35572)

Die gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung nach den GOPen 35173 bis 35179 ist Bestandteil der fachärztlichen Grundversorgung und soll zur Gewährung der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG), zum Beispiel GOPen 23216 und 23218, führen. Bisher erfolgte wegen der Zufügung des Strukturzuschlags für die Gruppentherapie (GOP 35572) zur gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung keine Zufügung der PFG, da der Strukturzuschlag als Ausschlussleistung zur PFG im Anhang 3 EBM gekennzeichnet war. Mit dem vorliegenden Beschluss wurde beim Strukturzuschlag für die Gruppentherapie die Kennzeichnung zum Ausschluss für die PFG aus dem Anhang 3 EBM gestrichen. Sofern die GOP 35572 als Zuschlag zu anderen in der Leistungslegende genannten Leistungen, die nicht zur fachärztlichen Grundversorgung zählen, zugesetzt wird, führen diese Leistungen zum Ausschluss der jeweiligen PFG im Behandlungsfall.

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

**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 in Kürze dar.

Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses aus seiner 620. Sitzung wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-desbewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Sie stehen unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Psychiatrische und neurologische Kontrolluntersuchungen werden Leistungsbestandteil der Grundpauschalen

Beschluss aus der 620. Sitzung des Bewertungsausschusses

Im Zuge der Weiterentwicklung des EBM wurden mit Wirkung zum 1. April 2020 die Gebührenordnungspositionen (GOPen) 16223 (Psychiatrische Kontrolluntersuchung) und 21235 (Neurologische Kontrolluntersuchung) auf zwei Jahre befristet eingeführt. Wie damals vereinbart, werden diese Leistungen nun mit Fristablauf zum 1. April 2023 als fakultative Leistungsinhalte in die Grundpauschalen der Kapitel 16 und 21 integriert. Die GOPen 16223 und 21235 werden gestrichen. Diese GOPen sind somit ab Quartal 2/2023 nicht mehr berechnungsfähig.

In diesem Zusammenhang erfolgt eine Anpassung der Bewertungen der Grundpauschalen nach den

Empfehlungen zur Labordiagnostik

GOP	Bewertung bis 31. März 2023	Bewertung ab 1. April 2023
16210	195 Punkte (22,41 Euro)	196 Punkte (22,52 Euro)
16211	183 Punkte (21,03 Euro)	184 Punkte (21,14 Euro)
16212	184 Punkte (21,14 Euro)	186 Punkte (21,37 Euro)
21214	253 Punkte (29,07 Euro)	254 Punkte (29,19 Euro)
21215	261 Punkte (29,99 Euro)	262 Punkte (30,11 Euro)

GOPEn 16210 bis 16212, 21214 und 21215 auf der Grundlage der innerhalb der zwei Jahre abgerechneten Leistungsmenge (Häufigkeit) der GOP 16223 und GOP 21235. Bei den psychiatrischen Grundpauschalen nach den GOPEn 21210 bis 21212 erfolgt aufgrund der geringen abgerechneten Leistungsmenge keine Anpassung der Bewertungen.

Labor: Detailänderungen

Beschluss aus der 620. Sitzung des Bewertungsausschusses

Allgemeinlabor: Neustrukturierung der GOPEn 32092, 32094, 32097 und 32101

Die GOPEn 32092 (Quantitative Bestimmung CK-MB), 32094 (Quantitative Bestimmung von HbA1c), 32097 (Quantitative Bestimmung des/der natriuretischen Peptides/Peptide BNP und/oder NT-Pro-BNP und/oder MR-Pro-ANP) und 32101 (TSH) werden neu strukturiert. Bewertung, Leistungsinhalt und Abrechnungsbestimmungen der GOPEn sowie die Verortung in Abschnitt 32.2.3 EBM bleiben dabei unverändert.

Untersuchung „Kohlenmonoxid-Hämoglobin“ mit GOP 32251 berechnungsfähig

In der Anmerkung zur GOP 32246 (Ähnliche Untersuchungen des Abschnittes 32.2.4 EBM „Klinisch-chemische Untersuchungen“) wird die Untersuchung „Kohlenmonoxid-

Hämoglobin“ in der Aufzählung gestrichen, da diese Untersuchung inhaltsgleich nach der GOP 32251 (Carboxyhämoglobin) im EBM enthalten ist.

CKD-EPI-Formel wird Leistungsbestandteil der GOP 32463

Die Berechnung der glomerulären Filtrationsrate im Rahmen der quantitativen Bestimmung des Cystatin C nach GOP 32463 EBM wird um die CKD-EPI-Formel für die Berechnung der glomerulären Filtrationsrate bei chronischen Nierenschädigungen ergänzt.

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

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bietet als neuen Service Empfehlungen für die stufenweise und effiziente Anwendung von Laboruntersuchungen zur Erstdiagnose und Verlaufskontrolle von Erkrankungen an. Die Laborpfade dienen der Orientierung und als Entscheidungshilfe, stellen jedoch keine verpflichtenden Standards dar. Ziel ist es unter anderem, eine Unterbeziehungsweise Überdiagnostik zu vermeiden.

Die Laborpfade finden Sie auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de in der Rubrik Service/Ambulante Leistungen/Labordiagnostik.

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

EBM – Rückwirkender Zuschlag bei Behandlung von Kindern mit Atemwegsinfektionen zum 1. Oktober 2022

Wegen der enormen Belastung der Praxen infolge der extrem hohen Zahl an Atemwegsinfektionen bei Kindern in den vergangenen Monaten hat der Bewertungsausschuss noch kurzfristig und rückwirkend zum 1. Oktober 2022 die Aufnahme eines Zuschlags für zwei Quartale in den EBM beschlossen. Vorangegangen war ein Vorschlag des Bundesgesundheitsministers, kurzfristig für eine zusätzliche Vergütung zu sorgen.

Hausärzte, Kinder- und Jugendmediziner, HNO-Ärzte, Phoniater sowie Pneumologen erhalten **befristet für die zwei Quartale 4/2022 und 1/2023** für jedes Kind mit bestimmten Atemwegserkrankungen (definierte ICD-Kodes) einen Zuschlag auf die Versicherten- beziehungsweise Grundpauschale.

Der Zuschlag wird bei Vorliegen der Voraussetzungen **automatisch durch die KVB zugefügt**.

NEU: GOP 01110 – Zuschlag zu den Versichertenpauschalen nach den GOPen 03000, 03030, 04000 und 04030 und zu den Grundpauschalen der Kapitel 9 und 20 sowie des Abschnitts 13.3.7 für die Behandlung eines Patienten bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr mit einer akuten Atemwegserkrankung

EBM-Bewertung	65 Punkte
Preis B€GO (4/2022):	7,32 Euro
Preis B€GO (1/2023):	7,47 Euro

- Einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.
- Nur bei Vorliegen mindestens einer der folgenden **gesicherten Diagnosen** gemäß ICD-10-GM berechnungsfähig:

- J00-J06 Akute Infektionen der oberen Atemwege
- J09-J18 Grippe und Pneumonie
- J20-J22 Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege (außer J18.2 Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet)
- Der Zuschlag ist zeitlich befristet vom 1. Oktober 2022 bis 31. März 2023.

Für die Vergütung der neuen GOP 01110 wird von den Krankenkassen zusätzliches Geld zur Verfügung gestellt. Bitte achten Sie auf die korrekte ICD-10-Kodierung in Ihrer Abrechnung.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 632. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) ist 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

Stereotaktische Radiochirurgie bei Hirnmetastasen

Fachärztinnen und Fachärzte für Strahlentherapie und Neurochirurgie können künftig die stereotaktische Radiochirurgie (SRS) für die Behandlung von Hirnmetastasen als vertragsärztliche Leistung zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung durchführen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat diese einmalige Hochpräzisionsbestrahlung zur Behandlung von Hirnmetastasen in die Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (MVB-RL) aufgenommen. Der Beschluss trat am 14. Januar 2023 in Kraft.

Indikation

In seinem Beschluss hat der G-BA konkretisiert, welche Patientinnen und Patienten mit Hirnmetastasen die SRS erhalten dürfen. Bei einer großen Hirnmetastase ist die chirurgische Entfernung weiterhin der Goldstandard. Daher darf die SRS als primäre Maßnahme nur zur Anwendung kommen, wenn eine operative Entfernung der Metastase nicht in Betracht kommt. Zudem dürfen die Patientinnen und Patienten nicht mehr als vier Hirnmetastasen haben. Diese Vorgabe ergibt sich aus der Studienlage. Die SRS darf aber auch eingesetzt werden, um nach einer Operation die Resektionshöhle zu bestrahlen oder wenn nach einer Vorbehandlung erneut Metastasen auftreten.

Anforderungen an die Qualitätssicherung

- Nur von Strahlentherapeuten und Neurochirurgen durchführbar und berechnungsfähig.
- Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß Paragraf 135 Absatz 2 SGB V durch die Kassenärztliche Vereinigung erforderlich.

Zuzahlung Heilmittel ab 1. April 2023

- Anwendung nur mit speziell für die Hochpräzisionsbestrahlung geeigneten Geräten. Näheres hierzu regelt Nr. 41 Paragraf 3 Absatz 4 der MVV-RL.
- Indikation muss in einer interdisziplinären Tumorkonferenz gestellt werden. Näheres hierzu regelt Nr. 41 Paragraf 3 Absatz 5 der MVV-RL.

Abrechnung erst nach Aufnahme einer Leistung in den EBM möglich

Die SRS-Methode kann erst dann als Kassenleistung erbracht und abgerechnet werden, wenn diese im EBM aufgenommen wurde. Für die Anpassung des EBM hat der Bewertungsausschuss bis zu sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinie Zeit. Die notwendige Ergänzung der bestehenden Qualitätsvereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß Paragraf 135 Absatz 2 SGB V, um das Genehmigungsverfahren für Neurochirurginnen und -chirurgen zu etablieren, ist zeitgleich vorgesehen.

Sobald die Änderung im EBM beschlossen wurde, werden wir Sie hierüber informieren.

Sie finden den Beschluss des G-BA sowie die Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ unter <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien>.

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

Ab 1. April 2023 ändern sich die Zuzahlungsbeträge bei der Abgabe von Heilmitteln für die Gebührenordnungspositionen 30400, 30402, 30410, 30411, 30420 und 30421. Die Änderungen ergeben sich aufgrund von Preiserhöhungen des zwischen Krankenkassen und Heilmittelerbringern vereinbarten Heilmittelkatalogs.

Nachfolgend die ab 1. April 2023 gültigen Beträge für die Heilmittel-Zuzahlungen (siehe Tabelle unten).

Unverändert bleibt der Eintrag mit Buchstabe „A“ (zum Beispiel 30410A) bei Patienten die von der Zuzahlung befreit sind.

* Laut Paragraf 32 Absatz 2 SGB V haben Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zu den Kosten der Heilmittel eine Zuzahlung an die abgebende Stelle zu leisten. Dies gilt auch, wenn Massagen, Bäder und Krankengymnastik als Bestandteil der ärztlichen Behandlung abgegeben werden. Die Höhe der Zuzahlung errechnet sich nach den Preisen, die zwischen den Krankenkassen und den Heilmittelerbringern vereinbart sind.

GOP	Leistungslegende	Zuzahlungsbetrag*
30400	Massagetherapie	1,91 Euro
30402	Unterwasserdruckstrahlmassage	2,97 Euro
30410	Atemgymnastik (Einzelbehandlung)	2,61 Euro
30411	Atemgymnastik (Gruppenbehandlung)	1,17 Euro
30420	Krankengymnastik (Einzelbehandlung)	2,61 Euro
30421	Krankengymnastik (Gruppenbehandlung)	1,17 Euro

Untersuchungszeiträume ab U6

Wegen der aktuellen Infektionswelle hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen, dass die Kinder-Früherkennungsuntersuchungen ab der U6 (U6, U7, U7a, U8 und U9) bis zum Ablauf von drei Monaten nach dem 31. März 2023 auch dann durchgeführt und abgerechnet werden können, wenn die vorgegebenen Untersuchungszeiträume und Toleranzzeiten überschritten sind. Die verschobenen Kinder-Früherkennungsuntersuchungen können somit **bis zum 30. Juni 2023 nachgeholt werden**.

Der Beschluss tritt nach Prüfung und Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit und Veröffentlichung im Bundesanzeiger rückwirkend zum 15. Dezember 2022 in Kraft.

Sie finden den Beschluss des G-BA sowie die Kinder-Richtlinie unter <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien>.

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

TSVG: Änderungen bei der Terminvermittlung

Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) hat der Gesetzgeber die Konstellationen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) mit Wirkung zum 1. Januar 2023 modifiziert: Die Neupatientenregelung entfällt. Die Zuschläge für Praxen bei Terminvermittlung durch die Terminservicestelle (TSS) werden erhöht und Fachärzte und Psychotherapeuten können die Zuschläge nun auch abrechnen, wenn ein Termin nicht durch die TSS, sondern durch einen Hausarzt oder Kinder- und Jugendarzt vermittelt wurde. Außerdem steigen die Pauschalen für Haus- sowie Kinder- und Jugendärzte auf 15 Euro, wenn sie für ihre Patienten zeitnah einen Termin beim Facharzt oder Psychotherapeuten vermitteln.

Alle aktuellen Informationen zu diesem Thema finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar TSVG ab 01.01.23*.

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

Asylbewerber und Sozialhilfeempfänger

Bei der Abrechnung von Leistungen für Asylbewerber und Sozialhilfeempfänger nach SGB XII – Bayerische Kostenträger – ist es zwingend erforderlich, die auf dem Behandlungsschein angegebenen Daten korrekt zu übertragen. Achten Sie bitte besonders auf den Kostenträger (VKNR), den korrekten Kostenträgerabrechnungsbereich (KT-Abrechnungsbereich – entweder „06“ oder „08“) und die Versichertennummer.

Bei fehlerhaften Angaben kann eine Rückforderung Ihrer Vergütung nicht ausgeschlossen werden.

Eine Notfallbehandlung kann weiterhin unbürokratisch auch ohne Behandlungsschein durchgeführt werden, wenn Sie im Nachgang einen Behandlungsschein über die Anzeige einer Eilbehandlung beim zuständigen Kostenträger anfordern.

* VKNR	<input type="text"/>
* KT-Abrechnungsbereich	<input type="text" value="06"/>
* Versichertennummer (mind. 6, max. 12 Stellen, ausschließlich numerisch)	<input type="text"/>

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

Psychotherapie: Fremd- und Dauerdiagnosen

Grundsätzlich gilt für die Kodierung von Diagnosen:

Es sind nur solche Diagnosen in den Abrechnungsdateien zu übermitteln, für die im Quartal ein Bezug zu einer abgerechneten Leistung besteht. Wie eng dieser Bezug sein muss, ist nicht näher definiert, ausschlaggebend ist die tatsächliche Behandlungsrelevanz.

Es ist nicht ausgeschlossen, dass auch Diagnosen außerhalb des eigenen Fachgebiets mit angegeben werden. Aufgrund des Leistungsbezugs der Kodierung sollten solche Diagnosen aber nur als Ergänzung dienen. Beispielsweise können somatische Komorbiditäten für die Behandlung relevant sein, daher sollten diese bei der Kodierung berücksichtigt werden.

Die Datenschutzgrundverordnung (DSVO) gibt als Grundsatz die Pflicht zur Datenminimierung vor. Das bedeutet, dass Daten dem Zweck angemessen und erheblich sowie auf das für die Zwecke der Verarbeitung notwendige Maß beschränkt sein müssen.

Unabhängig von den Diagnoseangaben bei der Abrechnung können in der internen Patientendokumentation in der Praxis selbstverständlich auch anamnestische Diagnosen dokumentiert werden, die im Zusammenhang mit der psychotherapeutischen Behandlung stehen.

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 II, Lifestyle-Arzneimittel

Abmagerungsmittel (zentral wirkend)

- Streichung des Fertigarzneimittels ALVALIN in der Zeile „A 08 AA 07 Cathin“
- Aufnahme des Fertigarzneimittels Refigura Fucus Tropfen in der Zeile „A 08 AH 02 Fucus vesiculosus“

Sexuelle Dysfunktion

- Streichung des Wortes HEXAL nach dem Wort Vitaros in der Zeile „G 04 BE 01 Alprostadil“
- Aufnahme der Wirkstoffe Aviptadil, Phentolaminmesilat und des Fertigarzneimittels Invicorp in der Zeile „G 04 BE 30 Kombinationen“

Nikotinabhängigkeit

- Die Fertigarzneimittel Nicotin AL und Nicotin beta wurden in der Zeile „N 07 BA 01 Nicotin“ neu aufgenommen.

Verbesserung des Haarwuchses

- Das Fertigarzneimittel MINOXIDIL DoppelherzPharma wurde in der Zeile „D 11 AX 01 Minoxidil“ neu aufgenommen.
- Dem Fertigarzneimittel Celestan wird das Wort Depot hinzugefügt, da dies der aktuellen Bezeichnung des Arzneimittels entspricht.
- Dem Fertigarzneimittel Volon wird der Buchstabe A hinzugefügt, da dies der aktuellen Bezeichnung des Arzneimittels entspricht.
- Aufnahme des Fertigarzneimittels Olumiant und der Wirkstoff „L 04 AA 37 Baricitinib“.

Verbesserung des Aussehens

- Aufnahme der Fertigarzneimittel Alluzience, Letybo und NUCEIVA mit dem Wirkstoff „M 03 AX 21 Clostridium botulinum Toxin Typ A“.

Anlage V, verordnungsfähige Medizinprodukte

- NYDA® und NYDA® Läuse Spray – Befristung der Verordnungsfähigkeit bis 27. Mai 2024

Anlage VIIa, Biologika und Biosimilars

In der Zeile zum Wirkstoff Ranibizumab wird das Wort Ximluci entsprechend der alphabetischen Reihenfolge eingefügt.

Anlage XII, frühe Nutzenbewertung

Im vierten Quartal 2022 sind Beschlüsse zu folgenden Wirkstoffen in Kraft getreten:

- Abemaciclib – Anwendungsgebiet: Mammakarzinom, HR+, HER2-, früh mit hohem Rezidivrisiko, adjuvante Therapie, Kombination mit endokriner Therapie
- Anifrolumab – Anwendungsgebiet: Systemischer Lupus erythematoses
- Axicabtagen-Ciloleucel – Anwendungsgebiet: diffus großzelliges B-Zell-Lymphom und primäres mediastinales großzelliges B-Zell-Lymphom – Neubewertung nach Fristablauf
- Belantamab-Mafodotin – Anwendungsgebiet: Multiples Myelom, mindestens vier Vortherapien, Monotherapie – Änderung der Befristung der Geltungsdauer
- Brolucizumab – Anwendungsgebiet: diabetisches Makulaödem

- Cabozantinib – Anwendungsgebiet: Schilddrüsenkarzinom, refraktär gegenüber Radioiod, nach systemischer Vortherapie
- Casirivimab/Imdevimab – Anwendungsgebiet: COVID-19, ≥ 12 Jahre
- Casirivimab/Imdevimab – Anwendungsgebiet: Postexpositionsprophylaxe einer COVID-19 Infektion, ≥ 12 Jahre
- Cefiderocol – Anwendungsgebiet: Infektionen durch aerobe gramnegative Erreger
- Ceftazidim/Avibactam – Anwendungsgebiet: Bakterielle Infektionen, mehrere Anwendungsgebiete – Aufhebung der Freistellung
- Ceftolozan/Tazobactam – Anwendungsgebiet: Bakterielle Infektionen, mehrere Anwendungsgebiete – Aufhebung der Freistellung
- Cerliponase alfa – Anwendungsgebiet: Neuronale Ceroid-Lipofuszinose Typ 2 – Neubewertung nach Fristablauf
- Dolutegravir – Anwendungsgebiet: HIV-Infektion, Kinder ≥ vier Wochen bis < sechs Jahre) – Änderung der Befristung der Geltungsdauer
- Doravirin – Anwendungsgebiet: HIV-Infektion, 12 bis < 18 Jahre
- Doravirin/Lamivudin/Tenofovir-disoproxil – Anwendungsgebiet: HIV-Infektion, 12 bis < 18 Jahre
- Dupilumab – Anwendungsgebiet: Asthma bronchiale, sechs bis elf Jahre
- Enfortumab Vedotin – Anwendungsgebiet: Urothelkarzinom, vorbehandelt mit Platin-basierter Chemotherapie und PD-(L)1-Inhibitor
- Esketamin – Anwendungsgebiet: Depression, therapieresistent, in Kombination mit SSRI oder SNRI – Änderung der Befristung der Geltungsdauer

Evusheld® – Abrechnung

- Fedratinib – Anwendungsgebiet: Myelofibrose – Forderung einer anwendungsbegleitenden Datenerhebung und von Auswertungen, Beschränkung der Versorgungsbefugnis
- Glucarpidase – Anwendungsgebiet: Verringerung toxischer MTX-Plasmakonzentrationen, ab einem Alter von 28 Tagen
- Imipenem/Cilastatin/Relebactam – Anwendungsgebiet: Bakterielle Infektionen, mehrere Anwendungsgebiete
- Lisocabtagen maraleucel – Anwendungsgebiet: DLBCL, PMBCL, FL3B –Aussetzung des Verfahrens der Nutzenbewertung
- Mepolizumab – Anwendungsgebiet: Chronische Rhinosinuitis mit Nasenpolypen – Änderung der Befristung der Geltungsdauer
- Mosunetuzumab – Anwendungsgebiet: Follikuläres Lymphom, nach \geq zwei Vortherapien
- Nirmatrelvir/Ritonavir – Anwendungsgebiet: COVID-19
- Nivolumab – Anwendungsgebiet: Plattenepithelkarzinom des Ösophagus, PD-L1-Expression \geq 1%, Erstlinie, Kombination mit Ipilimumab
- Nivolumab – Anwendungsgebiet: Plattenepithelkarzinom des Ösophagus, PD-L1-Expression \geq 1%, Erstlinie, Kombination mit fluoropyrimidin- und platinbasierter Chemotherapie
- Nivolumab – Anwendungsgebiet: Urothelkarzinom, PD-L1-Expression \geq 1%, adjuvante Therapie
- Palbociclib – Anwendungsgebiet: Mammakarzinom, HR+, HER2-, Kombination mit Aromatasehemmer, Neubewertung nach Fristablauf
- Pembrolizumab – Anwendungsgebiet: Mammakarzinom, triple-negativ, hohes Rezidivrisiko, neoadjuvante und adjuvante Therapie, Monotherapie oder Kombination mit Chemotherapie
- Polatuzumab Vedotin – Anwendungsgebiet: Diffus großzelliges B-Zell-Lymphom, Kombination mit Rituximab, Cyclophosphamid, Doxorubicin und Prednison (R-CHP)
- Rucaparib – Anwendungsgebiet: nach mindestens zwei Vortherapien, mit BRCA-Mutationen – Aufhebung des Beschlusses vom 15. August 2019
- Selpercatinib – Anwendungsgebiet: Lungenkarzinom, nicht-kleinzelliges, RET-Fusion+, Erstlinie
- Setmelanotid – Anwendungsgebiet: Adipositas und Kontrolle von Hunger, POMC-, PCSK1- oder LEPR-Mangel-Adipositas, \geq sechs Jahre
- Sotrovimab – Anwendungsgebiet: COVID-19, \geq 12 Jahre
- Tebentafusp – Anwendungsgebiet: Uveales Melanom, HLA-A*02:01-positiv
- Tisagenlecleucel – Anwendungsgebiet: Follikuläres Lymphom, vorbehandelte Patienten
- Voxelotor – Anwendungsgebiet: Hämolytische Anämie bei Sichelzellerkrankheit, Monotherapie oder Kombination mit Hydroxycarbamid \geq 12 Jahre

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

Die neue Gebührenordnungsposition (GOP) 01940 ist mit 163 Punkten (18,73 Euro) bewertet. Sie umfasst die Prüfung der Indikation sowie die Aufklärung und die Beratung. Die Verabreichung der intramuskulären Injektionen ist fakultativer Inhalt für den Fall, dass bei der Patientin/dem Patienten nach erfolgter Beratung keine Präexposition prophylaxe (PrEP) durchgeführt wird.

Die GOP 01940 ist bis zu zweimal im Krankheitsfall (= vier Quartale) berechnungsfähig – vorausgesetzt, dass die PrEP mindestens einmal verabreicht wurde. Abrechnungsberechtigt sind Hausärzte, Kinder- und Jugendmediziner sowie Internisten mit und ohne Schwerpunkt. Die Abrechnung ist befristet bis 7. April 2023.

Informationen zur Verordnungsfähigkeit lesen Sie in unserem Verordnung Aktuell „Verordnung von Evusheld® (Tixagevimab/Cilgavimab)“.

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

Lieferengpässe bei Arzneimitteln

In unserer Verordnung Aktuell „Lieferengpässe bei Arzneimitteln für Kinder“ informieren wir Sie über Alternativmöglichkeiten, damit auch in der aktuell angespannten Liefersituation Ihre Patientinnen und Patienten gut versorgt werden können.

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

Rehabilitationssport und Funktionstraining

Zum Stichtag 1. Januar 2023 wurde das Formular 56 den Anforderungen aus der Rahmenvereinbarung angepasst. Alte Formulare dürfen dann nicht mehr verwendet werden. Das gilt auch für eventuelle Restbestände, die Sie bitte entsorgen. Bis zum 31. Dezember 2022 ausgestellte Verordnungen behalten für den Antrag auf Genehmigung bei der Krankenkasse ihre Gültigkeit.

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

Außerklinische Intensivpflege

Die Häusliche-Krankenpflege-Richtlinie wurde um Leistungen der außerklinischen Intensivpflege bereinigt, außerdem wurde eine Übergangsregelung zur Verordnung getroffen. Die Einführung der Formulare 62B und 62C erfolgte zum Stichtag 1. Januar 2023. Die neuen Vordrucke stehen den eingebundenen Facharztgruppen zur Verfügung und können über die Firma Kohlhammer bestellt werden. Zeitgleich wurden die neuen Formulare den Softwareherstellern zur Einbindung in die Praxisverwaltungssysteme bereitgestellt.

In unserer Verordnung Aktuell „Außerklinische Intensivpflege – Erstfassung der Richtlinie“ informieren Sie ausführlich zu diesem Thema. Zusätzlich finden Sie den Genehmigungsantrag und eine Übersicht zu den EBM-Leistungen unter www.kvb.de.

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

Änderungen Röntgendiagnostik und Computertomographie

1. Aktualisierung diagnostischer Referenzwerte

Als Grundlage für die Qualitätssicherung bei der Durchführung von Röntgenuntersuchungen erstellt und veröffentlicht das Bundesamt für Strahlenschutz diagnostische Referenzwerte (DRW) (Paragraf 125 Absatz 1 Satz 1 Strahlenschutzverordnung [StrlSchV]). Diese Werte werden regelmäßig aktualisiert und sind bei der Untersuchung von Menschen zugrunde zu legen. Insbesondere für folgende Untersuchungsarten wurden nun aktualisierte diagnostische Referenzwerte veröffentlicht:

- konventionelle Projektionsaufnahmen am Erwachsenen
- mammographische Untersuchungen
- konventionelle Projektionsaufnahmen am Kind
- diagnostische Durchleuchtungsuntersuchungen am Erwachsenen
- diagnostische Durchleuchtungsuntersuchungen am Kind
- interventionelle Eingriffe am Erwachsenen
- Computertomographie (CT)-Untersuchungen am Erwachsenen
- Computertomographie (CT)-Untersuchungen am Kind

Die Tabellen mit den Werten zu den einzelnen Untersuchungsarten finden Sie unter www.bfs.de/diagnostische-referenzwerte. Bitte achten Sie im Sinne des Strahlenschutzes auf die Einhaltung der Referenzwerte. Sollten diese im Einzelfall überschritten werden, empfehlen wir Ihnen, eine Begründung zu dokumentieren, zum Beispiel durch Angabe der Größe und des Gewichts der Patientin/des Patienten.

2. Neufassung der Leitlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung

- in der Röntgendiagnostik
- in der Computertomographie

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in seiner Sitzung am 15. September 2022 die Leitlinien zur Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik und in der Computertomographie beschlossen. Diese wurden im Deutschen Ärzteblatt am 27. Dezember 2022 veröffentlicht. Den Gesamttext der Leitlinien finden Sie unter:

<https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/qualitaets-sicherung/richtlinien-leitlinien-empfehlungen-stellungnahmen>.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unsere Expertinnen und Experten:

Röntgendiagnostik:

Angelika Stömmel
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 33 44

Elisa Rosenberger
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 35 17

Andrea Kopezek
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 33 46

Nicole Schwertl
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 23 40

Mammographie:

Carolin Bradler
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 23 33

Computertomographie:

Isabelle Pawletko
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 23 47

Neues Zweitmeinungsverfahren „Cholezystektomie“

Die bundesweite Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) wurde um einen Eingriff erweitert: Seit 1. Januar 2023 haben gesetzlich Versicherte bei einer Indikationsstellung zur Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie) einen Anspruch auf Einholung einer unabhängigen, neutralen ärztlichen Zweitmeinung. Nicht umfasst sind Cholezystektomien aufgrund eines akuten Abdomens, einer Tumorerkrankung der Gallenblase oder einer abdominalen Tumoroperation mit erforderlicher Entfernung der Gallenblase.

Hier die wichtigsten Informationen zum Thema.

Patientenaufklärung über den Zweitmeinungsanspruch

Der indikationsstellende Arzt, der den Eingriff konkret empfiehlt, hat den Patienten über sein Recht, eine Zweitmeinung einzuholen, aufzuklären. Dazu hat er dem Patienten insbesondere das **Patienteninformationsblatt** des G-BA zum Zweitmeinungsverfahren bei geplanten Eingriffen auszuhändigen, Kopien von Befundunterlagen mitzugeben und über geeignete Zweitmeiner zu informieren. Die Aufklärung hat in der Regel mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff zu erfolgen.

Hierfür kann der indikationsstellende Arzt einmal im Krankheitsfall die **GOP 01645 EBM** abrechnen, die derzeit mit **75 Punkten (8,62 Euro)** bewertet ist. Die im Zusammenhang mit dem Zweitmeinungsverfahren Cholezystektomie berechnungsfähige GOP 01645 ist mit dem Buchstaben „I“ (GOP 01645I) in der Abrechnung zu kennzeichnen.

Die Leistung kann von Ärzten der Fachgruppen abgerechnet werden, die die Indikation für den entsprechenden Eingriff stellen. Soweit erforderlich wird sie daher in die Präambel des jeweiligen Fachkapitels im EBM aufgenommen – abhängig von den Eingriffen, für die der G-BA das Zweitmeinungsverfahren vorsieht.

Wenn der Bewertungsausschuss die Neuaufnahme der GOP 01645 in eine betreffende fachspezifische Präambel des EBM beschließt, werden wir Sie hierüber selbstverständlich informieren.

Das für die Patientenaufklärung notwendige Informationsblatt steht auf der Internetseite des G-BA unter dem Link https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4765/2019-10-28_G-BA_Patientenmerkblatt_Zweitmeinungsverfahren_bf.pdf zum Download zur Verfügung. Es kann auch über den Kohlhammer-Verlag bezogen werden.

Genehmigungsvorbehalt für Zweitmeiner

Die Durchführung und Abrechnung der **Zweitmeinung** setzt eine zuvor erteilte **Genehmigung** der KVB voraus. Dazu sind vom Zweitmeiner folgende fachliche Voraussetzungen kumulativ nachzuweisen:

- Berechtigung zum Führen einer der folgenden Facharzt- und/oder Zusatzbezeichnungen:
 - Innere Medizin und Gastroenterologie
 - Allgemeinchirurgie
 - Viszeralchirurgie
 - Kinder- und Jugendchirurgie
 - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie

- Mindestens fünfjährige ganztägige Tätigkeit im entsprechenden Fachgebiet/Schwerpunkt
- Aktueller Nachweis zur Erfüllung der gesetzlichen Fortbildungspflicht
- Erteilte Weiterbildungsbefugnis der Landesärztekammer oder akademische Lehrbefugnis an einer Hochschule

Ärzte mit einer Ermächtigung für spezielle Leistungen (Ausnahme: Vollermächtigung) und **nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte** müssen zusätzlich zur Abrechnungsgenehmigung eine Ermächtigung für die Zweitmeinung beim Zulassungsausschuss beantragen.

Durchführung der Zweitmeinung

Der Zweitmeiner soll den Patienten in Bezug auf den empfohlenen Eingriff und mögliche Therapie- oder Handlungsalternativen so informieren und beraten, dass eine informierte Entscheidung in Bezug auf die Notwendigkeit der Durchführung des empfohlenen Eingriffs ermöglicht wird.

Die Abgabe der Zweitmeinung hat zwischen dem Zweitmeiner und dem Patienten mündlich zu erfolgen. Vorbefunde, die der Patient zur Verfügung stellt, sind in die Beratung einzubeziehen. Die Zweitmeinung gilt als abgegeben, wenn die Indikation bestätigt oder nicht bestätigt wurde. Auf Wunsch des Patienten wird das Ergebnis der Zweitmeinung dem indikationsstellenden Arzt mitgeteilt und/oder das Ergebnis in einem Bericht zusammenfassend dargestellt und dem Patienten ausgehändigt.

Die Zweitmeinung kann nicht bei einem Arzt oder einer Einrichtung

eingeholt werden, durch den oder durch die der Eingriff durchgeführt werden soll (Gebot der Unabhängigkeit).

Für die Abgabe der ärztlichen Zweitmeinung können nach Abschnitt 4.3.9.2 EBM die jeweiligen **arztgruppenspezifischen Grundpauschalen** einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden. Sind für die Beurteilung **ergänzende Untersuchungen** notwendig, kann der Zweitmeiner diese selbst durchführen oder veranlassen. Die Notwendigkeit muss medizinisch begründet werden (Begründung in Feldkennung 5009 – „freier Begründungstext“).

Notwendige Kennzeichnung durch den Zweitmeiner

Der Abrechnungsschein, auf dem die Leistungen des Zweitmeinungsverfahrens Cholezystektomie berechnet werden (jeweilige arztgruppenspezifische Grundpauschale und gegebenenfalls ergänzende Untersuchungen), ist mit der **Kennzeichnungs-Nummer 882001** (Feldkennung 5001 – „GNR“) zu kennzeichnen.

Sollten beim Versicherten in demselben Quartal noch andere Untersuchungsleistungen, die nicht mit der ärztlichen Zweitmeinung in Zusammenhang stehen, erbracht werden, so sind diese auf einem separaten Abrechnungsschein (ohne Angabe der Kennzeichnungsnummer) abzurechnen.

Nähere Informationen über die richtige Kennzeichnung der Leistungen im Zweitmeinungsverfahren finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Buchstabe „Z“/Zweitmeinungsverfahren*.

Qualitätssicherungsvereinbarung „Telemonitoring Herzinsuffizienz“

Veröffentlichung der Zweitmeiner Informationen zu geeigneten Zweitmeinern werden nach erteilter Genehmigung in der Arztsuche der KVB (www.kvb.de unter *Expertensuche/weitere Optionen/Genehmigungen/Zusatzverträge/Zweitmeinung Cholezystektomie*) veröffentlicht. Dazu muss der Standort eingegeben werden. Es wird dann eine Liste derjenigen Ärzte angezeigt, die Inhaber der entsprechenden Genehmigung sind. Die Liste kann nach der Entfernung vom Standort sortiert werden.

Fundstellen

Die Antragsformulare für die Genehmigung und Ermächtigung sowie aktuelle Informationen zum Zweitmeinungsverfahren finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Buchstabe „Z“/Zweitmeinungsverfahren*.

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

Am 1. April 2022 ist die Qualitätssicherungsvereinbarung „Telemonitoring bei Herzinsuffizienz“ (QSV TmHi) in Kraft getreten (siehe KVB INFOS, Ausgabe 4/2022, Seite 41).

Nach Paragraph 7 QSV TmHI sind Ärzte, die eine Genehmigung für das TmHI in einem telemedizinischen Zentrum (TMZ) erhalten haben, ab 1. Januar 2023 verpflichtet, aus den erhobenen Angaben der mit Telemonitoring versorgten Patienten eine Jahresstatistik für ihr TMZ zu erstellen. Die Jahresstatistik ist getrennt für das Telemonitoring mit Implantaten und mit externen Geräten sowie getrennt für das intensivisierte und das normale Telemonitoring zu erstellen und muss folgende Angaben enthalten (vergleiche Paragraph 7 Absatz 1 QSV TmHI):

- a) Anzahl der vom TMZ mit Telemonitoring versorgten Patienten
- b) Anzahl der Patienten, bei denen das TMZ vorübergehend die Funktion des PBA übernommen hat
- c) Alter der Patienten (Median und Mittelwert)
- d) Anteil der Tage mit vollständiger Datenübertragung pro Patient (Median und Mittelwert)
- e) Anzahl der Benachrichtigungen an den PBA pro Patient (Median und Mittelwert)
- f) Anzahl der Patienten, die im Zeitraum eines Jahres vor Beginn des Telemonitorings mindestens eine stationäre Aufnahme wegen kardialer Dekompensation hatten
- g) Anzahl der stationären Aufnahmen wegen kardialer Dekompensation bei Patienten nach f) (Median und Mittelwert)
- h) Anzahl der Patienten, die im Berichtszeitraum mindestens eine stationäre Aufnahme wegen

kardialer Dekompensation hatten

- i) Anzahl der stationären Aufnahmen wegen kardialer Dekompensation bei Patienten nach h) (Median und Mittelwert)

Die Jahresstatistik muss regelmäßig bis zum 30. April des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres elektronisch an die KVB übermittelt werden (siehe Paragraph 7 Absatz 2 QSV TmHI), für das erste Berichtsjahr 2023 somit bis zum 30. April 2024.

Die Erfassung und Verarbeitung der Daten für die Jahresstatistik sollte mit einer geeigneten Softwarelösung erfolgen. Dadurch können die notwendigen Berechnungen zu Anzahlen und Anteilen sowie zu den Verteilungen (Median/Mittelwerte) in Bezug auf die betreuten Patienten aufwandsarm durchgeführt werden. So wird auch ermöglicht, dass die Jahresstatistik elektronisch, idealerweise als CSV-Datei, an die KVB übermittelt werden kann. Nach Informationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bieten verschiedene Anbieter bereits geeignete Softwarelösungen zur Erstellung der TMZ Jahresstatistik an, beziehungsweise wollen diese in Kürze anbieten.

Weitere Hinweise für Ärztinnen und Ärzte zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz hat die KBV auf einer Themenseite im Internet zusammengestellt unter www.kbv.de/html/themen_57030.php.

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

Zwei neue ASV-Indikationen beschlossen

Am 15. Dezember 2022 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Anlage 1.2a „Multiple Sklerose“ sowie die Anlage 1.1a onkologische Erkrankungen, Tumorgruppe 8: „Knochen- und Weichteiltumoren“ beschlossen. Die Beschlüsse werden am Tag nach ihrer Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft treten.

Interessierte Teams können ab Inkrafttreten der Beschlüsse ihre Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) beim erweiterten Landesausschuss (eLA) anzeigen. Welche Fachrichtungen zur Teamgründung nötig sind und welche Patientengruppen die Anlagen umfassen, finden Sie auf der Internetseite des G-BA.

Für Multiple Sklerose unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/5804/>

Für Knochen- und Weichteiltumoren unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/5803/>

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 08 50
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 08 51
E-Mail ASV-Abrechnung@kvb.de

Hinweis zu KVB-Seminaren

Die Seminartermine für das Jahr 2023 finden Sie bereits unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Fortbildung* unter Terminsuche. Für das Seminarangebot können Sie sich dort ab sofort online anmelden.

Wir haben für Sie und Ihre Praxismitarbeiter eine Reihe an interessanten und abwechslungsreichen Seminaren zusammengestellt. Neben Fortbildungen zu klassischen Bereichen wie Kooperationen in der Praxis, Prüfungen im Vertragsarztbereich und Verordnungen behandeln wir auch Themen zum Qualitätsmanagement sowie Fortbildungen für DMP-Teilnehmer und vieles mehr.

Nach längerer Corona-Pause bieten wir unsere Abrechnungswshops nun wieder als Präsenzveranstaltung an. 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

