

KVBIINFOS

03|24
04|24

ABRECHNUNG

- 18 Die nächsten Zahlungstermine
- 18 Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2024
- 22 EBM-Änderungen zum 1. Januar 2024
- 30 EBM-Änderungen zum 1. April 2024
- 31 Feldkennungen bei der GOP 01602 EBM
- 31 Jugendarbeitsschutz: Digitale Unterlagen
- 31 COVID 19-Impfung: Vergütung und Dokumentation

VERORDNUNG

- 32 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 34 Pneumokokken: Neuer PCV20 Impfstoff Apexxnar®
- 34 Digitale Gesundheitsanwendungen
- 35 Krankenhausbegleitungs-Richtlinie
- 35 Switching
- 35 Hilfsmittelverzeichnis

QUALITÄT

- 36 Neues Informationsblatt Mammographie-Screening
- 36 Kurarztvertrag: Verbesserung der Vergütung und weitere Änderungen
- 37 Änderungen in der Mutterschafts-Richtlinie – Anpassung des Mutterpasses
- 38 Elektronische Dokumentation gemäß DeQS-RL
- 38 Elektronische Dokumentation gemäß oKFE-RL

ALLGEMEINES

- 39 Zwei neue ASV-Indikationen beschlossen

SEMINARE

- 39 Wissen auffrischen mit KVB-Seminaren

Die nächsten Zahlungstermine

11. März 2024

Abschlagszahlung Februar 2024

10. April 2024

Abschlagszahlung März 2024

30. April 2024

Restzahlung 4/2023

10. Mai 2024

Abschlagszahlung April 2024

10. Juni 2024

Abschlagszahlung Mai 2024

10. Juli 2024

Abschlagszahlung Juni 2024

31. Juli 2024

Restzahlung 1/2024

12. August 2024

Abschlagszahlung Juli 2024

10. September 2024

Abschlagszahlung August 2024

10. Oktober 2024

Abschlagszahlung September 2024

31. Oktober 2024

Restzahlung 2/2024

11. November 2024

Abschlagszahlung Oktober 2024

10. Dezember 2024

Abschlagszahlung November 2024

*Notarzdienst wegen individueller Berechnung
zirka fünf Tage später*

Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2024

Abrechnungsabgabe

Wann?	Einreichung bis spätestens Mittwoch, den 10. April 2024
Wie?	online
Wo?	<ul style="list-style-type: none"> ■ im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ über Service „Honorar & Abrechnung“ oder ■ über den Kommunikationskanal KV-Connect
Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Die Abrechnung muss vollständig und korrekt sein. ■ Persönliche Leistungserbringung qualifikationsgebundener Leistungen insbesondere bei angestellten Ärztinnen und Ärzten, in Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren. ■ Sammelerklärung
Verspätete Abgabe	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sollten Sie einmal den Abgabetermin für Ihre Quartalsabrechnung (bis spätestens zum zehnten Kalendertag des ersten Monats nach Abschluss des Abrechnungsquartals) nicht einhalten können, besteht die Möglichkeit, eine Fristverlängerung online über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ unter Service „Honorar & Abrechnung“ mit dem Suchbegriff „Fristverlängerung der Quartalsabrechnung“ zu beantragen. Hierbei erhalten Sie eine vom System generierte Eingangsbestätigung/Genehmigung. Wichtig: Eine Fristverlängerung ist aus prozesstechnischen Gründen nur für längstens 14 Tage möglich. Für Abrechnungen, die nach dem 24. Kalendertag des ersten Monats nach Abschluss des Abrechnungsquartals eingehen, können wir weder eine Verarbeitung noch die nächsten Abschlagszahlungen garantieren. ■ Liegt ein außergewöhnlicher, begründeter Ausnahmefall (zum Beispiel Krankheit, Tod) vor, der eine Verlängerung der Abgabefrist außerhalb des regulären Bearbeitungsprozesses notwendig macht (also Abgabe nach dem 24. Kalendertag des ersten Monats nach Abschluss des Abrechnungsquartals), so können Sie die Fristverlängerung unter der E-Mail-Adresse Terminverlaengerung@kvb.de beantragen. Liegt ein Ausnahmefall vor, erhalten Sie von uns einen neuen Abgabetermin. ■ Hinweis: Terminverlängerungen für Notarztabrechnungen und Abrechnungen Leitender Notärzte siehe Kapitel „Sonstige Abrechnungen mit separaten Einreichungsterminen“
Wichtig	Eine mögliche Verlängerung der Abgabefrist bezieht sich nur auf die Abrechnung nicht bereits verjährter Fälle und nicht auf die elektronische Dokumentation der Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen der KVB.
Empfangsbestätigung	Über den Eingang Ihrer Abrechnungsunterlagen können Sie eine Empfangsbestätigung unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 - 6 87 80 anfordern.

Nähere Informationen zur Online-Abrechnung finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/abrechnungsprozess/#c1476 unter *Online-Abgabe der 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/mitglieder/praxisfuehrung/service/rechtsquellen unter *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/mitglieder/praxisfuehrung/service/formularservice unter *Buchstabe „S“* herunterladen oder Sie scrollen auf der Startseite einfach ganz nach unten zum Punkt „Anträge und Formulare“.

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/mitglieder/abrechnung/abrechnungsprozess/#c1475 unter „Besondere Kostenträger“ zur Verfügung. Es ist erforderlich, bei der Einreichung von Sachkostenrechnungen ein entsprechendes Deckblatt mit beizufügen. Dieses steht Ihnen unter www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/verguetungsvertraege/sachkostenerstattung unter „Praxismaterial zum Download“ zur Verfügung.

Sonstige Abrechnungen mit separaten Einreichungsterminen

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

<p>Termin verpasst für die emDoc-Abrechnung?</p>	<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.
<p>Fragen/Infos zu emDoc?</p>	<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>
<p>Leitender Notarzt (LNA)</p>	<p>Die Abrechnung von Leistungen als Leitender Notarzt in Bayern erfolgt über den Online-Dienst „<i>Abrechnungserklärung Leitende Notärzte</i>“.</p> <p>Diese Web-Anwendung ermöglicht den LNA, LNA-Einsätze benutzerfreundlich, schnell und papierlos einzureichen. Somit entfällt sowohl das Herunterladen und der Ausdruck eines Formulars als auch der postalische Versand. In der Web-Anwendung sind auch weiterhin nur die bisherigen LNA-Einsatzdaten zu dokumentieren.</p> <p>Darüber hinaus können LNA-Einsätze rund um die Uhr eingereicht werden und die LNA erhalten direkt eine Eingangsbestätigung über das Nachrichtencenter im Portal.</p> <p>Der Online-Dienst ist auf der KVB-Website „Meine KVB“ unter der Kategorie „Honorar & Abrechnung - Abrechnungserklärung Leitende Notärzte“ zu finden.</p> <p>Das Mitgliederportal „Meine KVB“ ist direkt über die KVB-Startseite www.kvb.de - Meine KVB erreichbar.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Die Frist zur Abrechnung endet mit Ablauf des Folgequartals auf das Leistungsquartal. ■ Ausführliche Informationen finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/notarzdienst
<p>Termin verpasst für die LNA-Abrechnung?</p>	<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
<p>Fragen/Infos zur LNA-Abrechnung?</p>	<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 2024

Der Bewertungsausschuss hat zum 1. Januar 2024 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 693., 695., 703. und 704. 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.

Höherbewertung Dialyse – Kostenpauschalen

Beschluss aus der 693. Sitzung des Bewertungsausschusses

Ab dem 1. Januar 2024 werden die Bewertungen der Dialyse-Kostenpauschalen des Abschnitts 40.14 EBM zur Anpassung an die Steigerung des Orientierungswerts für das Jahr 2024 um 3,85 Prozent erhöht:

Weitere Anpassungen sollen nach den Festlegungen des Bewertungsausschusses in seinen Protokollnotizen zum Beschluss folgen:

- Auch für das Jahr 2025 wird die Entwicklung des Orientierungswerts 2025 auf die Dialyse-Kostenpauschalen des Abschnitts 40.14 EBM angewendet.
- Zugleich sollen die Kostenpauschalen zur Stärkung der wohnortnahen Versorgung mit Wirkung zum 1. Januar 2025 in Struktur,

Dialyse-Kostenpauschale	Bewertung bis 31. Dezember 2023 in Euro	Bewertung ab 1. Januar 2024 in Euro
40815	639,54 Euro	664,16 Euro
40816	846,60 Euro	879,19 Euro
40817	120,97 Euro	125,63 Euro
40818	671,57 Euro	697,42 Euro
40819	126,99 Euro	131,88 Euro
40823	Preisstufe 1: 495,52 Euro	Preisstufe 1: 514,59 Euro
	Preisstufe 2: 475,63 Euro	Preisstufe 2: 493,94 Euro
	Preisstufe 3: 425,85 Euro	Preisstufe 3: 442,25 Euro
	Preisstufe 4: 405,96 Euro	Preisstufe 4: 421,59 Euro
40824	Preisstufe 1: 165,14 Euro	Preisstufe 1: 171,50 Euro
	Preisstufe 2: 158,51 Euro	Preisstufe 2: 164,61 Euro
	Preisstufe 3: 141,98 Euro	Preisstufe 3: 147,45 Euro
	Preisstufe 4: 135,35 Euro	Preisstufe 4: 140,57 Euro
40825	515,51 Euro	535,36 Euro
40826	73,64 Euro	76,48 Euro
40827	171,87 Euro	178,49 Euro
40828	178,19 Euro	185,05 Euro
40829	10,20 Euro	10,59 Euro
40830	3,37 Euro	3,50 Euro
40831	20,40 Euro	21,19 Euro
40832	6,83 Euro	7,10 Euro
40833	30,60 Euro	31,78 Euro
40834	10,20 Euro	10,59 Euro
40835	91,80 Euro	95,33 Euro
40836	30,60 Euro	31,78 Euro
40837	306,00 Euro	317,78 Euro
40838	102,00 Euro	105,93 Euro

Systematik und Bewertung weiterentwickelt werden.

- Zum 1. Januar 2026 wird ein Verfahren für die dauerhafte Überprüfung und Weiterentwicklung der Kostenpauschalen beschlossen.

Neue Leistung zur kürzeren Nachbeobachtung nach invasiver Kardiologie

Beschluss aus der 693. Sitzung des Bewertungsausschusses

Bei Stentimplantationen in Koronargefäße kann durch den medizinischen Fortschritt auch eine kürzere Überwachungszeit als zwölf Stunden erforderlich sein. Für eine mehr als sechsstündige Beobachtung und

Betreuung eines Patienten im unmittelbaren Anschluss an eine therapeutische Herzkatheteruntersuchung wird daher ab dem 1. Januar 2024 eine neue Gebührenordnungsposition (GOP) in den EBM aufgenommen:

Neu: GOP 01522 – Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung eines Kranken, entsprechend den Inhalten der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie gemäß Paragraf 135 Absatz 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen

EBM-Bewertung: 1.307 Punkte
Preis B€GO: 155,98 Euro

Obligater Leistungsinhalt

- im unmittelbaren Anschluss an eine therapeutische Herzkatheteruntersuchung entsprechend der GOP 34292
- Dauer mehr als sechs Stunden
- einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig
- Die GOP 01522 ist berechnungsfähig, wenn die perkutan-transluminale Gefäßintervention ausschließlich an einer Koronararterie erfolgt.
- Sitzungsbezogene Abrechnungsausschlüsse bestehen zu folgenden Leistungen:
 - Betreuungspauschalen des Abschnitts 1.5 (GOPen 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01540 bis 01545)
 - Betreuungspauschalen im Rahmen von Sterilisation und Schwangerschaftsabbrüchen (GOPen 01857, 01910 und 01911)
 - Infusionen (GOPen 02100 bis 02102)
 - nephrologische Betreuungspauschalen (GOPen 04564

bis 04566, 04572, 04573 und 13610 bis 13612, 13620 bis 13622)

- Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie (GOP 30708)
- Blutgasanalyse und Säure-Basen-Status (GOP 32247)
- Bildwandlergestützte und CT-gesteuerte Interventionen (GOPen 34503 bis 34505)
- Anästhesien im Zusammenhang mit ambulanten Operationen (Abschnitt 31.5.3)
- anästhesiologische Gebührenordnungspositionen (Kapitel 5)
- Im Behandlungsfall besteht ein Ausschluss zur Zusatzpauschale intermittierende fibrinolytische Therapie und/oder Prostanoid-Therapie (GOP 13310) und zur systemischen fibrinolytischen Therapie arterieller oder venöser Thrombosen bei belegärztlicher Behandlung (GOP 13311).

Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme der GOP 01522 werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst. Die Leistung wird als Ausschlussleistung zu den Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) mit „*“ ausgewiesen.

Vergütung

Für die neu in den EBM aufgenommene GOP 01522 empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung auf Landesebene ist mit den Krankenkassen in Bayern noch zu vereinbaren.

Externe elektrische Kardioversion ab dem 1. Januar 2024 neu im EBM

Beschluss aus der 693. Sitzung des Bewertungsausschusses

Ab dem 1. Januar 2024 können Kardiologen sowie Kinder- und Jugendärzte mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie die externe elektrische Kardioversion in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung über die neuen GOPen 04421 beziehungsweise 13552 EBM abrechnen. Die Aufnahme in den EBM erfolgt im Vorgriff auf die Erweiterung des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärer Eingriffe und Behandlungen im Krankenhaus (AOP-Katalog) um diesen Eingriff.

Für die Beobachtung und Betreuung der Patienten im unmittelbaren Anschluss an die Kardioversion sind die ebenfalls neu ab dem 1. Januar 2024 in den EBM aufgenommenen GOPen 01501 (für die ersten 30 Minuten) und 01503 (Zuschlag Fortsetzung der Beobachtung je vollendete 30 Minuten) bis zu einem Gesamthöchstwert von vier Stunden berechnungsfähig. Ausführliche Erläuterungen zu den neuen Nachbeobachtungs- und Betreuungsleistungen nach den GOPen 01500 bis 01503 können Sie in dieser Ausgabe nachlesen.

Eine im Zusammenhang mit der Behandlung durchgeführte Analgesie und/oder Sedierung kann entweder von dem die Kardioversion vornehmenden Arzt erbracht werden (fakultativer Leistungsinhalt) oder von einem Facharzt für Anästhesiologie, der für die präanästhesiologische Untersuchung und die Analgesie/Sedierung die entsprechenden

Leistungen aus seinem Kapitel 5 EBM abrechnen kann.

Die neuen Gebührenordnungspositionen im Detail

Neu: GOP 04421 – Externe elektrische Kardioversion, einschließlich Sachkosten bei Kindern

EBM-Bewertung: 1.875 Punkte
Preis B€GO: 223,76 Euro

Obligater Leistungsinhalt

- Patientenaufklärung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff
- externe elektrische Kardioversion
- kontinuierliches EKG-Monitoring
- 12-Kanal-EKG(s)
- mindestens ein weiterer Arzt-Patienten-Kontakt innerhalb von fünf Tagen nach Kardioversion

Fakultativer Leistungsinhalt

- Aufklärung und Instruktion der Bezugsperson(en)
- Verabreichung von Analgetika und/oder Sedativa
- Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer
- computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer
- höchstens dreimal im Behandlungsfall berechnungsfähig
- berechnungsfähig von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie
- Im Behandlungsfall ist die GOP 04421 nicht berechnungsfähig neben
 - der Chronikerpauschale nach GOP 04220
 - den GOPen gemäß Abschnitt 4.4.2 EBM (Neuropädiatrie)

- den GOPen gemäß Abschnitt 4.4.3 EBM (Hämatologie und Onkologie)
- den GOPen gemäß Abschnitt 4.5 EBM (hiervon ausgenommen: Zusätzliche Leistungen nach GOP 04520, Zusatzpauschale Behandlung eines Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantatträgers nach GOP 04537, Zuschlag nach GOP 04563 sowie Anleitung zur Selbstanwendung rtCGM nach GOP 04590)

Neu: GOP 13552 – Externe elektrische Kardioversion, einschließlich Sachkosten bei Erwachsenen

EBM-Bewertung: 1.875 Punkte
Preis B€GO: 223,76 Euro

Obligater Leistungsinhalt

- Aufklärungsgespräch in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff
- externe elektrische Kardioversion
- kontinuierliches EKG-Monitoring
- 12-Kanal-EKG(s)
- mindestens ein weiterer Arzt-Patienten-Kontakt innerhalb von fünf Tagen nach Kardioversion

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verabreichung von Analgetika und/oder Sedativa
- Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer
- computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer
- höchstens dreimal im Behandlungsfall berechnungsfähig
- berechnungsfähig von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie

- Im Behandlungsfall ist die GOP 13552 nicht berechnungsfähig neben
 - den angiologischen GOPen 13300, 13301, 13310, 13311
 - der Zusatzpauschale Hormondrüsen-Fehlfunktion nach GOP 13350
 - den gastroenterologischen GOPen 13401, 13410 bis 13412, 13424 bis 13426, 13430, 13431, 13435, 13437, 13439
 - den Hämato-/Onkologischen GOPen 13500 bis 13502, 13505, 13507
 - den nephrologischen GOPen 13600 bis 13602, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622
 - den pneumologischen GOPen 13650 bis 13652, 13660 bis 13663, 13670, 13675, 13678
 - den rheumatologischen GOPen 13700 und 1370

Vergütung

Für die neu in den EBM aufgenommenen GOPen 04421 und 13552 empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung auf Landesebene ist mit den Krankenkassen in Bayern noch zu vereinbaren.

Kennzeichnung von Duplex-Echokardiographien im Zusammenhang mit der Kardioversion

Auch für die im Zusammenhang mit einer externen elektrischen Kardioversion gegebenenfalls durchgeführte Duplex-Echokardiographie (Farbduplex) nach GOP 33022 und deren Zuschlag bei transösophagealer Durchführung nach GOP 33023 empfiehlt der Bewertungsausschuss eine Vergütung außer-

halb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Um diejenigen Leistungen nach den GOPen 33022 und 33023 extra-budgetär vergüten zu können, die im Zusammenhang mit einer elektrischen Kardioversion durchgeführt werden, ist eine Kennzeichnung dieser Leistungen notwendig.

WICHTIG

Bitte tragen Sie die **GOPen 33022 und 33023 mit dem Buchstaben-zusatz „E“** (GOP 33022E beziehungsweise GOP 33023E) in Ihre Abrechnung (KVDT-Feldkennung 5001 „GNR“) ein, wenn Sie diese Leistungen im Zusammenhang mit einer Kardioversion nach den GOPen 04421 oder 13552 erbringen.

Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme der GOPen 04421 und 13552 werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst. Die GOPen 04421 und 13552 werden als Ausschlussleistungen zu den Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) mit „*“ ausgewiesen.

Anästhesisten: Kennzeichnung anästhesiologischer GOPen bei einer externen Kardioversion

Beschluss aus der 693. Sitzung des Bewertungsausschusses

Kardiologen und Kinderkardiologen können ab dem 1. Januar 2024 die externe elektrische Kardioversion zulasten der Gesetzlichen Kranken-

versicherung erbringen und abrechnen. Eine im Zusammenhang mit der Behandlung durchgeführte Analgesie und/oder Sedierung kann entweder von dem die Kardioversion vornehmenden Arzt erbracht werden (fakultativer Leistungsinhalt) oder von einem Facharzt für Anästhesiologie, der für die präanästhesiologische Untersuchung und die Analgesie/Sedierung die entsprechenden Leistungen nach den GOPen 05310 und 05341 abrechnen kann.

Da die Kardioversion später auch in den AOP-Katalog aufgenommen werden soll, wird für die Abrechnung der **GOP 05341** in einer neuen Anmerkung zur GOP klargestellt, dass die Analgesie/Sedierung im Zusammenhang mit der Kardioversion **auch dann berechnungsfähig ist, wenn dieses Verfahren noch nicht im AOP-Katalog nach Paragraph 115b SGB V enthalten ist.**

Der Bewertungsausschuss empfiehlt außerdem für die im Zusammenhang mit einer externen elektrischen Kardioversion erbrachten anästhesiologischen Leistungen nach den **GOPen 05310 und 05341** eine Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Um diejenigen Leistungen nach den GOPen 05310 und 05341 extra-budgetär vergüten zu können, die **im Zusammenhang mit einer vom Kardiologen beziehungsweise Kinderkardiologen durchgeführten elektrischen Kardioversion** erbracht werden, ist es notwendig, diese Leistungen zu **kennzeichnen.**

WICHTIG

Bitte tragen Sie die **GOPen 05310 und 05341 mit dem Buchstaben-zusatz „E“** (GOP 05310E beziehungsweise GOP 05341E) in Ihre Abrechnung (KVDT-Feldkennung 5001 „GNR“) ein, wenn Sie diese im Zusammenhang mit der externen elektrischen Kardioversion erbringen.

Neue GOPen für Nachbeobachtung beziehungsweise Nachbeobachtung und Betreuung nach Ascitespunktionen und Kardioversionen

Beschluss aus der 693. Sitzung des Bewertungsausschusses

Mit der Erweiterung des Abschnitts 2 des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen (AOP-Katalog gemäß Paragraph 115b SGB V) zum 1. Januar 2024 werden Leistungen aufgenommen, für die im Anschluss eine Nachbeobachtung und gegebenenfalls Betreuung erforderlich sind.

Da diese Leistungen im EBM außerhalb des Anhangs 2 „Zuordnung der operativen Prozeduren zu Kapitel 31“ aufgeführt sind und somit die postoperativen Überwachungsbeziehungsweise Nachbeobachtungskomplexe nach Kapitel 31 nicht abgerechnet werden können, werden **vier neue GOPen (01500 bis 01503) für die Nachbeobachtung und gegebenenfalls Betreuung außerhalb des Kapitels 31** in den EBM aufgenommen.

Neue GOPen

	GOP	Bewertung 2024
Nachbeobachtung		
erste 30 Minuten (einmal am Behandlungstag)	01500	101 Punkte/ 12,05 Euro
Fortsetzung, je weitere 30 Minuten (bis Höchstgrenze)	01502	70 Punkte/ 8,35 Euro
Nachbeobachtung und Betreuung		
erste 30 Minuten (einmal am Behandlungstag)	01501	141 Punkte/ 16,83 Euro
Fortsetzung, je weitere 30 Minuten (bis Höchstgrenze)	01503	107 Punkte/ 12,77 Euro

Neuer Anhang 8 – spezifische Zuordnung zu Eingriffen aus Abschnitt 2 AOP-Katalog:

Ähnlich wie bei den ambulanten Operationen des Anhangs 2 EBM sind die neuen Nachbeobachtungs- oder Überwachungsleistungen in einem neuen Anhang 8 EBM abschließend denjenigen Leistungen zugeordnet, für die sie berechnet werden können.

Gesamthöchstwert für die Abrechnung der neuen GOPen

Sowohl die Abrechnung der GOPen 01500 und 01502 für die Nachbeobachtung nach Entlastungspunktionen als auch die Abrechnung der GOPen 01501 und 01503 für die Beobachtung und Betreuung nach Kardioversionen unterliegen jeweils einem gemeinsamen **Höchstwert von vier Stunden in Summe**. Dies

01500 beziehungsweise 01501) am Behandlungstag bis zum maximalen Höchstwert von vier Stunden noch siebenmal berechnet werden können.

Sofern in einer Sitzung mehrere Indikationen für die Beobachtung beziehungsweise Beobachtung und Betreuung vorliegen sollten, erfolgt die Abrechnung entsprechend dem Eingriff mit dem größten Gesamthöchstwert.

Abrechnungsausschlüsse der neuen GOPen

- In derselben Sitzung nicht neben dem Reanimationskomplex (GOPen 01220 bis 01222), dem Verweilen außerhalb der Praxis (GOP 01440), den GOPen für die ambulante Betreuung und Nachsorge (GOPen 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01540 bis 01546 des Abschnitt 1.5 EBM), den Infusionen (GOPen 02100 bis 02102), den Punktionen (GOP 02340 und 02342), den Beobachtungs- und Betreuungsleistungen (GOPen 01857, 01910, 01911, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612), den anästhesiologischen Leistungen (GOPen 05350, 05360, 05361, 05370, 05371), sowie den Anästhesien nach Abschnitt 31.5 und 36.5, der Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse (GOPen 32447, 36884), der Beratungsleistung Schmerztherapie (GOP 30708), sowie den postoperativen Überwachungskomplexen der Abschnitte 31.3 und 36.3 EBM berechnungsfähig.
- Zusätzlich sind die GOPen 01501 und 01503 in derselben Sitzung neben der GOP 13256 für die Bestimmung des Säurebasen-

Anhang 8 EBM

Leistung gemäß Abschnitt 2 AOP-Vertrag	Kurzlegende	Berechnungsfähige GOP für Nachbeobachtung	Gesamthöchstwert (in Stunden)
02341	Punktion II: Ascites als Entlastungspunktion unter Gewinnung von mindestens 250 ml Ascites-Flüssigkeit	01500 und 01502	4
04421	externe elektrische Kardioversion	01501 und 01503	4
13552	externe elektrische Kardioversion	01501 und 01503	4

Der Anhang 8 soll perspektivisch um diejenigen Leistungen ergänzt werden, die zukünftig in den Abschnitt 2 des AOP-Katalogs aufgenommen werden und für die eine Beobachtung beziehungsweise Beobachtung und Betreuung erforderlich ist.

bedeutet, dass die Zuschläge/Zusatzpauschalen für die Fortsetzung der Beobachtung beziehungsweise Beobachtung und Betreuung je weitere vollendete 30 Minuten nach der GOP 01502 beziehungsweise 01503 zusätzlich zu den ersten 30 Minuten Nachbeobachtung (GOP

haushalts und Blutgasanalyse nicht berechnungsfähig.

Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme der GOPen 01500, 01501, 01502 und 01503 werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst.

Vergütung

Für die neu in den EBM aufgenommenen GOPen 01500, 01501, 01502 und 01503 empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung auf Landesebene ist mit den Krankenkassen in Bayern noch zu vereinbaren.

Zuschläge zur Förderung AOP zu weiteren OPS-Codes berechnungsfähig

Beschluss aus der 693. Sitzung des Bewertungsausschusses

In den KVB INFOS, Ausgaben 3-4/2023 und 5-6/2023 informieren wir Sie über die Aufnahme von sieben neuen Zuschlägen zur Förderung der Ambulantisierung, die gemäß Anhang 2 EBM zu bestimmten OPS-Prozeduren (rund 500 OPS-Codes) abrechnungsfähig sind.

Der Bewertungsausschuss (BA) hat nun mit Wirkung zum 1. Januar 2024 weitere OPS-Prozeduren aus den Bereichen „Operationen an den Blutgefäßen“, „Operationen am Verdauungstrakt“, „Arthroskopische Gelenkoperationen“ und „Operationen an Haut und Unterhaut“ für die Berechnung der Zuschläge in den Anhang 2 EBM aufgenommen (siehe Tabelle rechts).

GOP	OPS-Code
31451	5-902.f5, 5-902.f6, 5-902.f7, 5-902.f8, 5-902.fa, 5-902.fb, 5-902.fc, 5-902.fd, 5-902.fe, 5-902.ff, 5-902.fg, 5-902.h5, 5-902.h6, 5-902.h7, 5-902.h8, 5-902.ha, 5-902.hb, 5-902.hc, 5-902.hd, 5-902.he, 5-902.hf und 5-902.hg
31452	5-810.3r, 5-902.f0, 5-902.f4, 5-902.f9, 5-902.h0, 5-902.h4 und 5-902.h9
31453	5-399.6, 5-493.5, 5-493.70, 5-493.71, 5-810.96, 5-810.98, 5-810.99, 5-811.26, 5-811.28, 5-811.29, 5-811.2r, 5-812.06, 5-812.08, 5-812.09, 5-819.08, 5-819.09, 5-819.0q, 5-819.1h, 5-819.1k und 5-819.1s
31456	5-811.36, 5-811.38, 5-811.39 und 5-812.39

Bitte berücksichtigen Sie bei der Abrechnung der Zuschläge Folgendes:

- Die Zuschläge nach den GOPen 31451 bis 31457 sind gemäß Anhang 2 EBM eindeutig bestimmten OPS-Prozeduren zugeordnet (rund 500 OPS-Codes), sodass hier bei der Abrechnung der Zuschläge die jeweils zutreffende OPS-Prozedur durch den Arzt anzugeben ist.
- Der OPS-Code ist **direkt bei der abgerechneten Zuschlags-GOP anzugeben (KVDT-Feldkennung 5035 „OP-Schlüssel“)**.
- Derselbe Zuschlag nach den GOPen 31451 bis 31457 kann nur dann mehrfach abgerechnet werden, wenn Eingriffe mit unterschiedlichen zuschlagsberechtigten OPS-Codes vorliegen und diese OPS-Codes in der Abrechnung beim jeweiligen Zuschlag auch angegeben werden. Bei beidseitigen Eingriffen, bei denen die unterschiedliche Seitenlokalisation (L, R) am OPS-Code benannt wird, kann der Förderungszuschlag für jede Seite einzeln berechnet werden.

Bitte verwenden Sie bei der Abrechnung der Zuschläge keinen Multiplikator (KVDT-Feldkennung 5005), da dies zu Streichungen und Honorar-einbußen führen würde. Die Zuschlags-GOP mit dem zuschlagsberechtigten OPS-Code (KVDT-Feldkennung 5035) und der Seitenlokalisation (KVDT-Feldkennung 5041) sind jeweils separat anzusetzen.

- Die Zuschlagsleistungen sind bei unterschiedlichen OPS-Codes sowohl für die Haupt- als auch für einen Simultaneingriff berechnungsfähig.

Eine vollständige Übersicht über die Zuordnung der Zuschläge zu den OPS-Codes mit deren Bezeichnung finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/serviceschreiben unter 2023.

Enzymersatztherapie bei Morbus Pompe

Beschluss aus der 695. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Für Patienten mit der seltenen lysosomalen Speicherkrankheit Morbus Pompe ist mit Cipaglucosidase alfa (Handelsname: Pombiliti®) in Kom-

bination mit dem Enzymstabilisator Miglustat ein weiterer Wirkstoff als Enzyersatztherapie verfügbar.

Mit Wirkung zum 1. Januar 2024 wurde in den Leistungslegenden der Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung nach den GOPen 01510 bis 01512 im Abschnitt 1.5 EBM der übergreifende Terminus einer „Enzyersatztherapie“ eingefügt, er ersetzt die Benennung der einzelnen Wirkstoffe „Alglucosidase alfa und Avalglucosidase alfa“ und macht somit auch die Behandlung mit Pombiliti® abrechenbar.

Behandlung mit Elfabrio® bei Patienten mit Morbus Fabry

Beschluss aus der 698. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Bei der Behandlung der Stoffwechselkrankheit Morbus Fabry mit dem Wirkstoff Pegunigalsidase alfa ergab sich ein Anpassungsbedarf im EBM.

Mit Wirkung zum 1. Januar 2024 wurde der erste Spiegelstrich im obligaten Leistungsinhalt der GOPen 01540 bis 01542 „Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter Behandlung mit Arzneimitteln, einschließlich Infusionen“ im Abschnitt 1.5 EBM um den Wirkstoff Pegunigalsidase alfa ergänzt.

Neue GOPen für die Infusionstherapie und Sonographie mit Etranacogen dezaparovec (Handelsname: Hemgenix®)

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

Mit Hemgenix® (Wirkstoff: Etranacogen dezaparovec) steht nach Roctavian® ein zweites Arzneimittel

für neuartige Therapien nach dem Arzneimittelgesetz, sogenannte Advanced Therapy Medicinal Products (ATMP), bereit. Das Arzneimittel Hemgenix® wird in der Behandlung von schwerer und mittelschwerer Hämophilie B (angeborener Faktor-IX-Mangel) bei erwachsenen Patienten ohne Faktor-IX-Inhibitoren in der Vorgeschichte angewendet und als intravasale Infusionstherapie einmalig verabreicht. Die Anwendung erfolgt in hochspezialisierten Einrichtungen (Hämophiliezentren).

Zur Abbildung der einmaligen Infusionstherapie sowie für die unmittelbar im Anschluss durchgeführte Beobachtung und Betreuung wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2024 im Abschnitt 30.3.3 „Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien“ eine neue GOP 30326 (625 Punkte/74,59 Euro) in den EBM aufgenommen.

Genehmigung Abschnitt 30.3.3 EBM

Ärztinnen und Ärzte benötigen für die Berechnung des Abschnitts 30.3.3 EBM eine Genehmigung. Welche Anforderungen sie erfüllen müssen, hat der Gemeinsame Bundesausschuss im Dezember 2023 in einer neuen Anlage 4 zur ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie festgelegt. Erst nach Inkrafttreten dieser Anlage können Ärztinnen und Ärzte mit einer entsprechenden Genehmigung die neue GOP 30326 berechnen. Bei Inkrafttreten der Richtlinie werden wir Sie umgehend über die Details zur Genehmigung und Abrechnung informieren.

Zusätzlich wurde für die im Vorfeld notwendige Beurteilung der Leber zur Indikationsstellung einer Therapie mit Etranacogen dezaparovec

eine neue GOP im Kapitel 33 Ultraschalldiagnostik aufgenommen. Die Ultraschalluntersuchung und Elastographie der Leber soll laut Fachinformation maximal sechs Monate vor der Verabreichung von Hemgenix® durchgeführt werden.

Neu: GOP 33105 – Beurteilung der Leber zur Indikationsstellung einer Therapie mit Etranacogen dezaparovec

EBM-Bewertung: 440 Punkte
Preis B€GO: 52,51 Euro

Obligater Leistungsinhalt

- sonographische Untersuchung der Leber
- elastographische Bewertung der Leber
- Die GOP 33105 ist nur einmalig berechnungsfähig.
- Sie ist ausschließlich für zwingend erforderliche Untersuchungen zur Indikationsstellung einer gemäß jeweils gültigen Fachinformation für diese Indikation zugelassenen Therapie mit Etranacogen dezaparovec berechnungsfähig.
- Bei Nebeneinanderberechnung der GOPen 33105 und 33042 (Sonographie Abdomen) wird ein Abschlag von 70 Punkten (8,35 Euro) auf die GOP 33042 vorgenommen.
- Es besteht ein sitzungsbezogener Abrechnungsausschluss zu den Abklärungspauschalen (GOPen 01205 und 01207).
- Am Behandlungstag besteht ein Abrechnungsausschluss zu den ambulanten postoperativen Behandlungskomplexen nach den GOPen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702.
- Im Behandlungsfall ist daneben keine Zusatzpauschale Extra-

korporale Stoßwellenlithotripsie (GOP 26330) berechnungsfähig.

Genehmigung

Bis zum 30. September 2024 setzt die Berechnung der GOP 33105 eine bestehende Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V, die zur Abrechnung der GOP 33042 berechtigt, voraus. Ab dem 1. Oktober 2024 ist für die Berechnungsfähigkeit der GOP 33105 eine aktualisierte Genehmigung auf Basis einer angepassten Ultraschall-Vereinbarung erforderlich, die die GOP 33105 umfasst.

Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme der GOPen 30326 und 33105 werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst. Die Leistungen werden als Ausschussleistungen zu den Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) mit „*“ ausgewiesen.

Vergütung

Für die GOPen 30326 und 33105 empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung auf Landesebene ist mit den Krankenkassen in Bayern noch zu vereinbaren.

Neue Leistung zur Anwendung des Arzneimittels Camzyos®

Beschluss aus der 704. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Die Anwendung des Arzneimittels mit dem Wirkstoff Mavacamten (Handelsname: Camzyos®) bei symptomatischer hypertropher obstruk-

tiver Kardiomyopathie (NYHA-Klasse II–III) setzt gemäß der aktuell gültigen Fachinformation vor Behandlungsbeginn die Identifikation von Patienten mit dem Phänotyp „langsamer CYP2C19-Metabolisierer“ voraus, da diese abweichend dosiert werden müssen.

Für die Genotypisierung auf das Vorliegen der Allele CYP2C19*2 und CYP2C19*3 hat der Bewertungsausschuss mit Wirkung zum 1. Januar 2024 die GOP 32869 neu in den Abschnitt 32.3.14 EBM „Molekulargenetische Untersuchungen“ aufgenommen:

NEU: GOP 32869 – Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2C19-Metabolisierungsstatus vor der Gabe von Mavacamten bei symptomatischer hypertropher obstruktiver Kardiomyopathie (NYHA-Klasse II–III) gemäß der Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels (Fachinformation)

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung auf das Vorliegen der Allele CYP2C19*2 und CYP2C19*3

Preis BÉGO: 82,00 Euro

Die GOP 32869 ist einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Genehmigung

Zur Abrechnung ist eine Genehmigung der KV gemäß der QS-Vereinbarung Spezial-Labor erforderlich. Fachärzte für Laboratoriumsmedizin mit bestehender Genehmigung nach der QS-Vereinbarung Spezial-Labor können die neue GOP 32869 abrechnen, ohne dass eine erneute Antragstellung erforderlich wird. Fachärzte für Humangenetik können auf Antrag eine Genehmigung für

die GOP 32869 erhalten. Die Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Humangenetik“ gilt als Nachweis der fachlichen Befähigung für molekulargenetische Leistungen nach Abschnitt 32.3.14 EBM.

Vergütung

Für die neue GOP 32869 empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung auf Landesebene ist mit den Krankenkassen in Bayern noch zu vereinbaren.

Anhang 3

Die GOP 32869 wird als Gebührenordnungsposition des Abschnitts 32.3 EBM nicht der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet und führt zum Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG).

Neue Digitale Gesundheitsanwendung – „companion patella“

Beschluss aus der 703. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Mit Wirkung zum 1. Januar 2024 wird die neue GOP 01477 für die Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA „companion patella“ in den Abschnitt 1.4 EBM aufgenommen. Die Leistung kann von Hausärzten, Fachärzten für Chirurgie, Fachärzten für Kinderchirurgie, Fachärzten für Orthopädie, Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin abgerechnet werden.

Neu: GOP 01477 – Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die

EBM-Änderungen zum 1. April 2024

Auswertung der Digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) „companion patella“ gemäß dem Verzeichnis für Digitale Gesundheitsanwendungen nach Paragraph 139e SGB V
 EBM-Bewertung: 64 Punkte
 Preis B€GO: 7,64 Euro

- einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig
- ausschließlich bei Patienten ab Vollendung des 14. Lebensjahres bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres berechnungsfähig
- im Behandlungsfall nicht neben der GOP 01476 für die Auswahl und/oder Individualisierung von Inhalten der DiGA „Mawendo“ berechnungsfähig

Weitere in Betracht kommende ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit der DiGA „companion patella“ (ausgenommen: Verlaufskontrolle und Auswertung) sind als Bestandteil des EBM ausschließlich über die Gebührenordnungspositionen des EBM berechnungsfähig.

Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme der GOP 01477 werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst. Die Leistung wird der fachärztlichen Grundversorgung zugeordnet.

Vergütung

Für die GOP 01477 empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung auf Landesebene ist mit den Krankenkassen in Bayern noch zu vereinbaren.

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

Der Bewertungsausschuss hat zum 1. April 2024 Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) beschlossen. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese in Kürze dar.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 701. und 705. Sitzung wurden 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.

Kostenpauschale 40129 weiter berechnungsfähig

Beschluss aus der 701. und 705. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Wir hatten in den KVB INFOS, Ausgabe 1-2/2024 über die Änderungen der Kostenpauschalen für die postalische Versendung berichtet und mitgeteilt, dass die Kostenpauschale 40129 für die postalische Versendung einer ärztlichen Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankungen eines Kindes (Muster 21) an den Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde mit Wirkung zum 1. April 2024 gestrichen wird und der Leistungsinhalt in die Kostenpauschale 40128 aufgenommen wird.

Der Bewertungsausschuss hat jetzt entschieden, dass die **Kostenpauschale 40129 nicht in die Kostenpauschale 40128 überführt wird** und zusätzlich auch bei telefonischem Patientenkontakt berechnungsfähig ist. Hintergrund ist die **bis 30. Juni 2024 befristete Vereinbarung** der Kassenärztlichen

Bundesvereinigung (KBV) und des GKV-Spitzenverbands zur Ausstellung einer Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei der Erkrankung eines Kindes (Muster 21) nach telefonischer Anamnese.

Damit ist die Kostenpauschale 40129 berechnungsfähig für die postalische Versendung einer Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankungen eines Kindes (Muster 21) an den Patienten beziehungsweise die Bezugsperson:

- bei telefonischem Patientenkontakt oder
- bei Patientenkontakt im Rahmen einer Videosprechstunde

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

Feldkennungen bei der GOP 01602 EBM

Die GOP 01602 EBM für die Kopie eines Berichts oder Briefes an den vom Versicherten gewählten Hausarzt gemäß Paragraf 73 Absatz 1b SGB V ist nur dann berechnungsfähig, wenn bereits ein Bericht oder Brief an einen anderen Arzt erfolgt ist. Bei der Berechnung der GOP 01602 EBM ist künftig die lebenslange Arztnummer (LANR) beziehungsweise die Betriebsstättennummer (BSNR) als Begründung im Feld (FK) 5009 oder der Name des Hausarztes im Feld Name des Arztes (FK 5016) anzugeben.

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

Jugendarbeitsschutz: Digitale Unterlagen

Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG) – Umstellung auf barrierefreie digitale Unterlagen für Praxen

Für die Aufzeichnung der Ergebnisse einer Erst- oder Nachuntersuchung nach dem JArbSchG und zur Veranlassung einer Ergänzungsuntersuchung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt mussten die Praxen in Bayern bisher beim Kohlhammer-Verlag kostenlos entsprechende Untersuchungsbögen beziehungsweise einen entsprechenden Überweisungsschein in Papierform bestellen. Im Zuge der Digitalisierung wird dieses Verfahren eingestellt.

Die oben genannten Unterlagen stehen seit Kurzem in digitaler Form auf dem Broschürenportal der Bayerischen Staatsregierung unter <https://www.bestellen.bayern.de/shoplink/arbeitsschutz.htm> (dort auf Seite 2) zur Verfügung. Sie sind barrierefrei gestaltet und können am Bildschirm ausgefüllt werden. Sie enthalten Feldverknüpfungen, um den Aufzeichnungsaufwand möglichst gering zu halten.

Die Verlinkungen zu den einzelnen digitalen Formularen finden Sie auch unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/formular-service unter *Buchstabe „J“ wie Jugendarbeitsschutz*.

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

COVID 19-Impfung: Vergütung und Dokumentation

Die Vergütung aller COVID 19-Impfungen beträgt im Jahr 2024 unverändert 16,00 Euro und setzt sich aus einem „Grundhonorar“ in Höhe von 9,00 Euro und Zuschlägen für die Mehraufwände aufgrund der Mehrdosenbehältnisse und der vom Gesetzgeber geforderten erweiterten Dokumentation von jeweils 3,50 Euro zusammen.

Bitte beachten Sie: Geben Sie bei der Abrechnung der COVID 19-Impfungen unbedingt folgende Informationen an:

- Zahl der Impfungen: Bei den Auffrischimpfungen geben Sie bitte an, die wievielte COVID 19-Impfung es für die Person ist. Dazu tragen Sie in das Feld 5009 nur die Zahl ein. Dabei spielt es keine Rolle, mit welchem Impfstoff oder welchen Impfstoffen die Person bereits geimpft wurde. Dies gilt auch, wenn es sich um die erste oder zweite Impfung nach zwei SARS-CoV-2-Infektionen handelt, da diese formal als Auffrischimpfungen gelten. Beispiel: Ein 70-Jähriger mit Erst- und Abschlussimpfung erhält den zweiten Booster; die Praxis trägt in das Feld 5009 die Zahl „4“ ein.
- Chargennummer: Bitte erfassen Sie die Chargennummer des Impfstoffs je Impfung im Feld 5010.

Eine Auflistung aller Abrechnungsnummern für die COVID 19-Impfung sowie aller weiteren Abrechnungsnummern finden Sie unter www.kvb.de/verordnungen/impfungen/

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

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

Anlage I – OTC-Übersicht

Die Verordnung von Calciumverbindungen (mindestens 300 mg Calcium-Ion/Dosiereinheit) und Vitamin D (freie oder fixe Kombination) sowie Vitamin D als Monopräparat und Calciumverbindungen als Monopräparate ist nun auch bei der Behandlung mit Bisphosphonaten, Parathormonrezeptor(PTHr1)-Agonisten, Denosumab und Romosozumab möglich, wenn gemäß Fachinformation des Hauptarzneimittels die Gabe einer entsprechenden Begleitmedikation vorausgesetzt wird oder die Patienten darauf hinzuweisen sind, dass die Anwendung einer entsprechenden Begleitmedikation erforderlich ist.

Hintergründe lesen Sie in unserem „Verordnung Aktuell“ Calcium und/oder Vitamin D Verordnen unter www.kvb.de/mitglieder/verordnungen/#c9425.

Anlage IV – Therapiehinweise

Nachdem der RSV-Antikörper Nirsevimab/Beyfortus® seit September 2023 auf dem Markt verfügbar ist, hat der G-BA seinen bisherigen Therapiehinweis zum RSV-Antikörper Palivizumab neu gefasst. Hintergründe lesen Sie in unserem „Verordnung Aktuell“ Therapiehinweis zu Palivizumab unter www.kvb.de/mitglieder/verordnungen/#c9425.

Anlage V – Medizinprodukte

- NutriLock – Befristung der Verordnungsfähigkeit bis 19. Juli 2027
- InstillaGel Lubri – Befristung der Verordnungsfähigkeit bis 31. Dezember 2028
- Isotonische Kochsalzlösung zur Inhalation (Eifelfango) – Befristung der Verordnungsfähigkeit bis 26. September 2024

- MucoClear® 6% – Befristung der Verordnungsfähigkeit bis 31. Dezember 2028
- TP SalineFlush™ – Befristung der Verordnungsfähigkeit bis 31. Dezember 2028

Anlage VII – Aut-idem

Teil A (siehe Tabelle)

Die hier bezeichneten Darreichungsformen sind austauschbar.

Weitere, in der Anlage nicht aufgeführte Bezeichnungen von Darreichungsformen sind von dieser Regelung erfasst, soweit sie den definitorischen Voraussetzungen der in der Anlage aufgeführten Standard-Terms entsprechen.

Anlage XII – Nutzenbewertung

- Axicabtagen-Ciloleucel – Anwendungsgebiet: Diffus großzelliges B-Zell-Lymphom, hochmalignes B-Zell-Lymphom, nach einer Vortherapie, Rezidiv innerhalb von zwölf Monaten oder refraktär
- Axicabtagen-Ciloleucel – Anwendungsgebiet: diffus großzelliges B-Zell-Lymphom und primäres mediastinales großzelliges B-Zell-Lymphom, nach mindestens zwei Vortherapien – Neubewertung eines Orphan Drugs nach Überschreitung der 30-Millionen-Euro-Grenze
- Axicabtagen-Ciloleucel – Anwendungsgebiet: follikuläres Lymphom, nach \geq drei Vortherapien

Wirkstoff		Austauschbare Darreichungsformen
Roflumilast		Filmtabletten Tabletten
Arzneimittel zur Injektion/Infusion		
Wirkstoff	Applikation	Austauschbare Darreichungsformen
Alfentanil	intravenös	Injektionslösung Injektions-/Infusionslösung
Dexketoprofen	intramuskulär, intravenös	Injektions-/Infusionslösung
Ganirelix	subkutan	Injektionslösung in einer Fertigspritze Injektionslösung unter der Voraussetzung, dass das in der Fachinformation angegebene Behältnis eine Fertigspritze ist oder den definitorischen Voraussetzungen einer Fertigspritze entspricht
Hydromorphon	intravenös, subkutan	Injektionslösung Injektions-/Infusionslösung
Midazolam	intramuskulär, intravenös, rektal	Infusionslösung Injektionslösung Injektions-/Infusionslösung
Oxycodon	intravenös, subkutan	Injektionslösung Injektions-/Infusionslösung Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung Konzentrat zur Herstellung einer Injektions-/Infusionslösung

- Belantamab-Mafodotin – Anwendungsgebiet: Multiples Myelom, mindestens vier Vortherapien, Monotherapie – Neubewertung nach Fristablauf
- Bimekizumab – Anwendungsgebiet: Psoriasis-Arthritis, Monotherapie oder in Kombination mit Methotrexat
- Bimekizumab – Anwendungsgebiet: axiale Spondyloarthritis, nicht-röntgenologisch
- Bimekizumab – Anwendungsgebiet: Ankylosierende Spondylitis
- Cemiplimab – Anwendungsgebiet: Zervixkarzinom, vorbehandelt
- Cemiplimab – Anwendungsgebiet: Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom, Erstlinie, PD-L1-Expression $\geq 1\%$, Kombination mit platinbasierter Chemotherapie
- Crizanlizumab – Aufhebung des Beschlusses vom 20. Mai 2021
- Dapagliflozin – Anwendungsgebiet: chronische Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion LVEF $> 40\%$ – Kombinationstherapie
- Daridorexant – Anwendungsgebiet: Schlafstörungen – Kombinationstherapie
- Deucravacitinib – Anwendungsgebiet: Plaque-Psoriasis
- Dolutegravir/Abacavir/Lamivudin – Anwendungsgebiet: HIV-Infektion, ≥ 14 kg bis < 120 kg (Jahre) – Kombinationstherapie
- Dupilumab – Anwendungsgebiet: Behandlung von mittelschwerer bis schwerer Prurigo nodularis
- Durvalumab – Anwendungsgebiet: hepatozelluläres Karzinom, Erstlinie, Kombination mit Tremelimumab
- Durvalumab – Anwendungsgebiet: nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom, EGFR/ALK-negativ, Erstlinie, Kombination mit Tremelimumab und platinbasierter Chemotherapie
- Durvalumab – Anwendungsgebiet: Biliäre Tumore, Erstlinie, Kombination mit Gemcitabin und Cisplatin
- Emicizumab – Anwendungsgebiet: moderate Hämophilie A, ohne Faktor-VIII-Hemmkörper, mit schwerem Blutungsphänotyp – Kombinationstherapie
- Etranacogen Dezaparvovec – Anwendungsgebiet: Hämophilie B
- Fenfluramin – Anwendungsgebiet: Lennox-Gastaut-Syndrom, Add-on-Therapie, \geq zwei Jahre – Kombinationstherapie
- Finerenon – Anwendungsgebiet: Chronische Nierenerkrankung bei Typ-2-Diabetes, Stadium 3 und 4 mit Albuminurie – Kombinationstherapie
- Finerenon – Anwendungsgebiet: Chronische Nierenerkrankung bei Typ-2-Diabetes, Stadium 1 und 2 mit Albuminurie – Kombinationstherapie
- Ibrutinib – Anwendungsgebiet: Chronische lymphatische Leukämie, Erstlinie, Kombination mit Venetoclax – Kombinationstherapie
- Lasmiditan – Anwendungsgebiet: Migräne-Akutbehandlung
- Latanoprost/Netarsudil – Anwendungsgebiet: Senkung von erhöhtem Augeninnendruck bei Offenwinkelglaukom oder okulärer Hypertension, vorbehandelt – Kombinationstherapie
- Lisocabtagen maraleucel – Anwendungsgebiet: Diffus großzelliges B-Zell-Lymphom, hochmalignes B-Zell-Lymphom, primär mediastinales großzelliges B-Zell-Lymphom und follikuläres Lymphom Grad 3B, nach einer Vortherapie, Rezidiv innerhalb von zwölf Monaten oder refraktär
- Loncastuximab tesirin – Anwendungsgebiet: Diffus großzelliges B-Zell-Lymphom und hochmalignes B-Zell-Lymphom, nach \geq zwei Vortherapien
- Luspatercept – Anwendungsgebiet: Thalassämie, transfusionsabhängige Anämie – Neubewertung eines Orphan Drugs nach Überschreitung der 30-Millionen-Euro-Grenze
- Luspatercept – Anwendungsgebiet: Myelodysplastische Syndrome mit transfusionsabhängiger Anämie, vorbehandelt – Neubewertung eines Orphan Drugs nach Überschreitung der 30-Millionen-Euro-Grenze
- (177Lu) Lutetiumvivotidtetrazetan – Anwendungsgebiet: Prostatakarzinom, in Kombination mit Androgendeprivationstherapie, PSMA-positiv, metastasiert, kastrationsresistent, Progredienz nach Inhibition des AR-Signalwegs und taxanbasierter Chemotherapie – Kombinationstherapie
- Nivolumab – Anwendungsgebiet: Melanom, adjuvante Therapie, Jugendliche \geq zwölf bis 18 Jahre, Monotherapie
- Nivolumab – Anwendungsgebiet: Melanom, Jugendliche \geq zwölf bis 18 Jahre, Monotherapie oder Kombination mit Ipilimumab
- Ravulizumab – Anwendungsgebiet: Neuromyelitis-optica-Spektrum-Erkrankungen, Anti-Aquaporin-4-IgG-seropositiv
- Riociguat – Anwendungsgebiet: Pulmonal arterielle Hypertonie < 18 Jahre
- Risankizumab – Anwendungsgebiet: Morbus Crohn, vorbehandelt – Kombinationstherapie

- Sacubitril/Valsartan – Anwendungsgebiet: chronische Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, ein Jahr bis 17 Jahre
- Secukinumab – Anwendungsgebiet: Hidradenitis suppurativa (Acne inversa)
- Selumetinib – Anwendungsgebiet: Neurofibromatose (≥ drei bis < 18 Jahre, Typ 1) – Neubewertung nach Fristablauf
- Setmelanotid – Anwendungsgebiet: Adipositas und Kontrolle von Hunger, Bardet-Biedl-Syndrom, ≥ sechs Jahre
- Sotorasib – Anwendungsgebiet: Lungenkarzinom, nicht-kleinzelliges, KRAS G12C-Mutation, ≥ eine Vortherapie (Patientengruppen, Therapiekosten) – Neubewertung nach Fristablauf
- Tabelecleucel – Anwendungsgebiet: Epstein-Barr-Virus positive Posttransplantations-lymphoproliferative Erkrankung
- Tezepelumab – Anwendungsgebiet: Asthma bronchiale, ≥ zwölf Jahre – Kombinationstherapie
- Tixagevimab/Cilgavimab – Anwendungsgebiet: COVID-19, Präexpositionsprophylaxe, ≥ zwölf Jahre
- Tralokinumab – Anwendungsgebiet: Atopische Dermatitis, zwölf bis 17 Jahre – Kombinationstherapie
- Tremelimumab – Anwendungsgebiet: Hepatozelluläres Karzinom, Erstlinie, Kombination mit Durvalumab
- Tremelimumab – Anwendungsgebiet: nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom, EGFR/ALK-negativ, Erstlinie, Kombination mit Durvalumab und platinbasierter Chemotherapie
- Upadacitinib – Anwendungsgebiet: Morbus Crohn, vorbehandelt

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

Pneumokokken: Neuer PCV20 Impfstoff Apexnar®

Die Schutzimpfungs-Richtlinie wurde um den Einsatz von Pneumokokken-Konjugatimpfstoffen – PCV20 – ergänzt. Die SIRL empfiehlt die Impfung mit PCV20 für folgende Personengruppen:

- alle Personen ab 60 Jahre
- Personen ab 18 Jahre mit Risikofaktoren für schwere Pneumokokken-Erkrankungen
- Personen ab 18 Jahre mit beruflicher Indikation

Weitere Details lesen Sie auf Seite 8 bis 9 in unserem „Verordnung Aktuell“ FAQ zur Verordnung von Impfstoffen unter www.kvb.de/mitglieder/verordnungen/#c9425.

Nachdem die Umsetzung der STIKO-Empfehlung in die Schutzimpfungs-Richtlinie erfolgt ist, besteht ein Anspruch auf GKV-Leistung. Ab sofort erfolgt der Bezug über den Sprechstundenbedarf.

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

Digitale Gesundheitsanwendungen

Schmerztherapeuten können seit 1. Januar 2024 die Verlaufskontrolle bei Nutzung der Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) „somnio“ bei Schlafstörungen und „Vivira“ bei Rückenschmerzen abrechnen. Ärztinnen und Ärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin wird die Verlaufskontrolle für „somnio“ ebenfalls vergütet.

Die neue GOP 01477 (64 Punkte/2024: 7,64 Euro) vergütet die Verlaufskontrolle und Auswertung für die DiGA „companion patella“ zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit vorderem Knieschmerz im Alter von 14 bis 65 Jahren.

Hintergründe lesen Sie in unseren beiden „Verordnung Aktuell“ zu Digitalen Gesundheitsanwendungen unter www.kvb.de/mitglieder/verordnungen/#c9425.

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

Krankenhausbegleitungs-Richtlinie

Menschen mit Behinderung können bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen auf eine Begleitung angewiesen sein. Die Krankenhausbegleitungs-Richtlinie (KHB-RL) regelt unter anderem, wer Anspruch auf eine Begleitung hat und wie die medizinische Notwendigkeit ärztlich bescheinigt wird. Die Begleitperson hat in diesen Fällen einen Anspruch auf Krankengeld zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung.

In unserem „Verordnung Aktuell“ Krankenhausbegleitungs-Richtlinie unter www.kvb.de/mitglieder/verordnungen/#c9425 erfahren Sie mehr über Anspruch und Voraussetzungen einer Krankenhausbegleitung.

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

Switching

Ausweichen von apothekenpflichtigen auf verschreibungspflichtige Arzneimittel

Der vorrangige Einsatz von apothekenpflichtigen Arzneimitteln ist in der Arzneimittel-Richtlinie vorgegeben. Liegen für einen Wirkstoff beziehungsweise innerhalb einer Wirkstoffklasse sowohl verschreibungspflichtige als auch verschreibungsfreie Präparate vor, soll entsprechend Paragraph 12 Absatz 11 Arzneimittel-Richtlinie „die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zulasten des Versicherten verordnen, wenn sie zur Behandlung einer Erkrankung medizinisch notwendig, zweckmäßig und ausreichend sind. In diesen Fällen kann die Verordnung eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels unwirtschaftlich sein.“

Ausnahmen ergeben sich nur wenn,

- das verschreibungspflichtige Präparat in einer Indikation eingesetzt wird, für die das apothekenpflichtige nicht zugelassen ist,
- falls die apothekenpflichtigen Arzneimittel keinen ausreichenden Therapieerfolg bringen,
- eine ausreichende Versorgung durch nicht verschreibungspflichtige Packungsgrößen nicht gewährleistet werden kann.

Hier ist es im Einzelfall möglich, auf ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel auszuweichen.

Hintergründe lesen Sie in unseren beiden „Verordnung Aktuell“ zu Switching unter www.kvb.de/mitglieder/verordnungen/#c9425.

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

Hilfsmittelverzeichnis

Zum 1. April 2024 wird das Hilfsmittelverzeichnis aus dem Mitgliederportal „Meine KVB“ entfernt.

Unter www.kvb.de/mitglieder/verordnungen/heilmittel-und-hilfsmittel#c8274 werden wir Ihnen das GKV-Hilfsmittelverzeichnis dann verlinken.

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

Neues Informationsblatt Mammographie-Screening

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 21. September 2023 beschlossen, die **Altersgrenze beim bundesweiten Mammographie-Screening-Programm ab 1. Juli 2024 auf 75 Jahre** anzuheben. Dazu stellt er ein neues Informationsblatt für **Frauen zwischen 70 und 75 Jahren** in gedruckter Form bereit. Unter dem Titel „Mammographie-Screening – Ausweitung des Programms für Frauen zwischen 70 und 75 Jahren“ kann das neue Informationsblatt ab sofort beim Kohlhammer Verlag bestellt werden. Auf diese Weise sollen insbesondere neu anspruchsberechtigte Frauen zwischen 70 und 75 Jahren von der Anhebung der Altersgrenze erfahren und sich über Nutzen, Risiken sowie Teilnahmemöglichkeiten informieren können. Die Publikation soll entsprechend breit kommuniziert und nicht nur Screening-Einheiten, sondern auch hausärztlichen und gynäkologischen Praxen zum Auslegen zur Verfügung gestellt werden.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Gabriele Rettenbeck unter
Telefon 0 89/ 5 70 93 – 22 87
E-Mail Gabriele.Rettenbeck@kvb.de

Kurarztvertrag: Verbesserung der Vergütung und weitere Änderungen

Die Vergütung der kurärztlichen Leistungen wurde nach Mitteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) deutlich verbessert: Die in den Kurarztverträgen aufgeführten Pauschalen werden rückwirkend ab dem 1. Oktober 2023 um 18,75 Prozent angehoben.

Daneben wurden auf Bundesebene weitere Änderungen des Kurarztvertrags vereinbart, die zum 1. Januar 2024 in Kraft getreten sind.

Videosprechstunde

Vor Beginn der ambulanten Vorsorgeleistung kann ein Kontakt der Kurverwaltung mit dem Patienten stattfinden. Dieser Kontakt dient im Bedarfsfall der Organisation der Kur. Hierbei sollte der Patient insbesondere Kontaktdaten und Sprechzeiten der Ansprechpartner vor Ort erhalten. In Ausnahmefällen kann dieser Kontakt auch durch den Kurarzt selbst erfolgen, um die Kur vorzubereiten. Mit Einverständnis des Patienten kann dieser Kontakt auch per Video stattfinden. Für diese Leistung vergütet die Krankenkasse zusätzlich einen Zuschlag in Höhe von 4,60 Euro, wenn sie durch einen Kurarzt erbracht wird. Mit Einverständnis des Patienten können dessen Rückfragen und ein Teil der Kontrolluntersuchungen im Rahmen einer Videosprechstunde beantwortet beziehungsweise durchgeführt werden, insbesondere wenn ein Kurarzt mehrere Kurorte betreut. Hierfür kann allerdings kein Zuschlag abgerechnet werden.

Teilnahme an Kurarztverträgen an die Weiterbildungsordnung angepasst

Als Voraussetzung für die Teilnahme an den Kurarztverträgen genügt die nach der Weiterbildungsordnung

erforderliche Genehmigung, die Zusatzbezeichnung Kur- oder Badearzt zu führen oder der Nachweis der vollständigen Absolvierung des Kurses gemäß der jeweils gültigen Weiterbildungsordnung, der zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Balneologie und Medizinische Klimatologie berechtigt.

Flexibilisierung durch Teilnahme für weitere zwei Kurorte

Auf Antrag des Kurarztes kann die KV die Teilnahme für weitere zwei Kurorte genehmigen. Die Tätigkeit erfolgt dann in Zweigpraxen in den weiteren Kurorten oder auf Wunsch des Versicherten am Vertragsarztsitz des Kurarztes. Transportkosten werden von den Krankenkassen jedoch nicht übernommen. Die kurärztliche Behandlung erfolgt spätestens am zweiten Werktag nach der Anreise des Versicherten.

Befristete Teilnahme am Kurarztvertrag zur Sicherstellung der kurärztlichen Versorgung

Ist an einem anerkannten Kurort lediglich ein Kurarzt tätig, können auf Antrag bei der KV bis zu drei weitere Ärzte befristet am Vertrag teilnehmen, wenn diese die Voraussetzungen erfüllen, die in Paragraph 9 Absatz 1 des Kurarztvertrags genannt werden. Erfasst werden insbesondere Ärzte, die die erforderliche Zusatzbezeichnung erwerben wollen und angestellte Ärzte einer Rehabilitationsklinik. Sofern kein Kurarzt gemäß Paragraph 9 Absatz 1 Kurarztvertrag tätig ist, können bis zu vier Ärzte nach Satz 1 befristet am Vertrag teilnehmen. Näheres zur Befristung regelt Paragraph 10 des Kurarztvertrages.

Änderungen in der Mutterschafts-Richtlinie – Anpassung des Mutterpasses

Einigung auf verbindliche Formulare

Die KBV hat sich mit dem GKV-Spitzenverband darauf geeinigt, dass für die kurärztliche Behandlung nur die vereinbarten Formulare verwendet werden. Damit verringert sich der bürokratische Aufwand für die Praxis und die kurärztliche Verwaltungsstelle.

Anhebung der Bagatellgrenze

Die Bagatellgrenze wurde von 10,25 Euro auf 30,00 Euro erhöht. Einzelanträge auf sachlich-rechnerische Richtigstellung unterhalb von 30,00 Euro pro Arzt, Krankenkasse und Quartal sind damit ausgeschlossen.

Der Kurarztvertrag ist auf der Internetseite der KBV unter Bundesmantelvertrag-Ärzte als Anlage 25 abrufbar: https://www.kbv.de/media/sp/25_Kurarztvertrag.pdf

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

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im vergangenen Jahr mehrere Beschlüsse zur Änderung der „Richtlinie über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt“ (Mutterschafts-Richtlinie, kurz Mu-RL) sowie ihrer Anlagen 3 (Mutterpass) und 5 (Versicherteninformation zu Basis-Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft) gefasst, die zwischenzeitlich alle in Kraft getreten sind.

Beschluss vom 20. April 2023, in Kraft getreten am 30. Juni 2023

vergleiche KVB INFOS, Ausgabe 9-10/2023

Mit diesem Beschluss wurde der Zeitpunkt für das Screening auf Hepatitis B vom dritten ins erste Trimenon verschoben. Daher wurde im Mutterpass auf den Seiten 8 und 24 jeweils die Angabe der Schwangerschaftswoche (32. bis 40. SSW) hinter den Wörtern „Untersuchung auf Hepatitis B“ gestrichen.

Beschlüsse vom 21. September 2023, in Kraft getreten am 15. Dezember 2023

Die beiden Beschlüsse des G-BA vom 21. September 2023 betreffen die Versicherteninformation zu Basis-Ultraschalluntersuchungen (Anlage 5 Mu-RL) und die formale Überarbeitung der Mu-RL:

Formale Überarbeitung

- Es wird die Bezeichnung „Richtlinie“ (statt bisher „Richtlinien“) verwendet, der G-BA wird als Normgeber angegeben und der Richtlinie wird eine Inhaltsübersicht vorangestellt.
- Es wird eine Untergliederung der Richtlinie nach einem einheitlichen Musterblatt vorgenommen,

wobei Paragrafenzeichen verwendet werden und eine Bezeichnung von Absätzen und Sätzen erfolgt.

- Darüber hinaus wird künftig anstatt „Entbindung“ das Wort „Geburt“ benutzt.
- Der bisherige Name ändert sich dadurch in „Richtlinie über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt“ beziehungsweise „Mutterschafts-Richtlinie“.

Nach dem Inkrafttreten dieses Beschlusses erfolgen formale Anpassungen in der Ultraschallvereinbarung und im EBM.

Versicherteninformation zu Basis-Ultraschalluntersuchungen

Hintergrund für die Änderung der Versicherteninformation zu Basis-Ultraschalluntersuchungen (Anlage 5 Mu-RL) ist, dass der Gesetzgeber 2018 in der Verordnung zum Schutz vor nicht-ionisierender Strahlung bei der Anwendung am Menschen (NiSV) regelte, dass bei der Anwendung von Ultraschallgeräten zu nicht-medizinischen Zwecken ein Fötus nicht exponiert werden darf (Paragraf 10 NiSV).

An dieses geltende Recht hat der G-BA die Anlage 5 der Mu-RL (Versicherteninformation zu Basis-Ultraschalluntersuchungen für Frauen in der Schwangerschaft) angepasst.

Beschluss vom 28. September 2023, in Kraft getreten am 19. Dezember 2023

Im Rahmen der formalen Überarbeitung der Mu-RL (siehe Beschluss vom 21. September 2023) hat der G-BA auch an den Mutterpass-Innenseiten (Anlage 3 Mu-RL) sprachliche und redaktionelle Änderungen

vorgenommen, die am 28. September 2023 beschlossen wurden.

Die Änderungen betreffen die „Hinweise für die Schwangere“, beispielsweise die Verwendung des Wortes „Geburt“ (statt „Entbindung“), so dass die Formulierungen denen im Richtlinienentwurf entsprechen. Die Änderungen werden in der nächsten Druckauflage des Mutterpasses berücksichtigt.

Hinweise zum neuen Mutterpass

Zusammengefasst wurde der Mutterpass aufgrund der oben genannten Beschlüsse wie folgt angepasst:

- formale Überarbeitung auf fast jeder Seite
- Umsetzung der Änderungen zur Verschiebung des Zeitpunkts des HBsAg-Screenings
- sprachliche und redaktionelle Überarbeitung auf den Innenseiten („Hinweise für die Schwangere“)

Frauenärztinnen und Frauenärzte sollten daher bei der Neuausstellung von Mutterpässen auf die aktuelle Version achten. Mutterpässe, die Schwangeren bereits ausgestellt wurden, können weiterhin verwendet werden.

Die aktuelle Webversion des Mutterpasses (Anlage 3 Mu-RL) kann auf der Internetseite des G-BA eingesehen werden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/anlage/38/>. Dasselbe gilt für die angepasste Versicherungsinformation (Anlage 5 Mu-RL): <https://www.g-ba.de/richtlinien/anlage/171/>

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

Elektronische Dokumentation gemäß DeQS-RL

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

Für das Erfassungsjahr 2024 gelten für die Übermittlung der elektronischen Dokumentationen folgende Einreichungsfristen:

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

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

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

Elektronische Dokumentation gemäß oKFE-RL

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

Für die Dokumentationen des Jahres 2024 gelten folgende Fristen:

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

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

Zwei neue ASV-Indikationen beschlossen

Am 21. Dezember 2023 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Anlage 1.2b „zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)“ sowie die Anlage 1.1a „onkologische Erkrankungen, Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges“ im Rahmen der Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) beschlossen. Die Beschlüsse treten am Tag nach ihrer Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Interessierte Teams können ab Inkrafttreten der Beschlüsse ihre Teilnahme an den beiden neuen ASV-Indikationen 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 „Zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)“ unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/6377/> und auf der Seite „Tumoren des Auges“ unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/6375/>.

Weitere Informationen dazu finden Sie auch in dieser Ausgabe von KVB FORUM auf Seite 24.

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

Wissen auffrischen mit KVB-Seminaren

Sie wollen Ihr Wissen erweitern oder auffrischen? Dazu haben wir für Sie und Ihre Praxismitarbeiterinnen und -mitarbeiter eine Reihe interessanter und abwechslungsreicher Seminare zusammengestellt.

Nutzen Sie unser breites Angebot entweder in Präsenz oder online.

- Fragen rund um die Praxisführung
- Details zur Verordnung
- Spezifika der Abrechnung
- Gründer-Abgeber-Foren
- Wissenswertes im Bereich Digitalisierung
- Aktuelles zu DMP
- weitere Themen wie Notfallsituationen, Datenschutz und mehr
- Sammeln Sie außerdem Fortbildungspunkte

Die Seminartermine finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/fortbildungsangebot unter „Terminsuche“, wo Sie sich auch schnell und einfach online anmelden können.

Eine schnelle Anmeldung lohnt sich, denn die Teilnehmerzahl bei den Seminaren ist begrenzt.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme.

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

