

KVBIINFOS 12|20

ABRECHNUNG

- 158 Die nächsten Zahlungstermine
- 158 Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2020
- 160 EBM-Änderungen rückwirkend zum Quartal 4/2020
- 162 Strahlentherapie – Neufassung Kapitel 25

VERORDNUNGEN

- 165 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 165 Sprechstundenbedarfsvereinbarung

QUALITÄT

- 166 Elektronische Dokumentation für oKFE-RL gestartet

ALLGEMEINES

- 167 Änderung Arbeitsunfähigkeitsrichtlinie zu Vorsorgeuntersuchungen und Fernbehandlung

HINWEIS ZU KVB-SEMINAREN

Alle Informationen zu unseren Fortbildungsmöglichkeiten – Präsenzveranstaltungen, Schulungsplattform Cura Campus® sowie KVB Online-Seminare – finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Fortbildung* unter Termainsuche. Dort steht Ihnen auch unsere komfortable Online-Anmeldung zur Verfügung.

Die nächsten Zahlungstermine

10. Dezember 2020
Abschlagszahlung November 2020

11. Januar 2021
Abschlagszahlung Dezember 2020 *

29. Januar 2021
Restzahlung 3/2020

10. Februar 2021
Abschlagszahlung Januar 2021

10. März 2021
Abschlagszahlung Februar 2021

12. April 2021
Abschlagszahlung März 2021

30. April 2021
Restzahlung 4/2020

10. Mai 2021
Abschlagszahlung April 2021

10. Juni 2021
Abschlagszahlung Mai 2021

12. Juli 2021
Abschlagszahlung Juni 2021

30. Juli 2021
Restzahlung 1/2021

10. August 2021
Abschlagszahlung Juli 2021

10. September 2021
Abschlagszahlung August 2021

11. Oktober 2021
Abschlagszahlung September 2021

29. Oktober 2021
Restzahlung 2/2021

10. November 2021
Abschlagszahlung Oktober 2021

* Abschlagszahlungen im Notarzdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später

Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2020

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 4. Quartal 2020 bis spätestens **Montag, den 11. Januar 2021**, online im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ über die Kachel „Dateien einreichen“ oder über den Kommunikationskanal KV-Connect.

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

Bitte überzeugen Sie sich vor der Übermittlung Ihrer Abrechnung, dass diese vollständig und korrekt ist. Wir empfehlen dazu die Durchsicht der in Ihrer Praxissoftware durch das KBV-Prüfmodul erzeugten GNR-Statistik (also der Aufstellung/Übersicht aller abgerechneten Gebührennummern/Leistungspositionen) und gegebenenfalls der Fallstatistik. Dadurch verschaffen Sie sich einen schnellen Überblick und haben noch die Möglichkeit, eventuell erforderliche Korrekturen oder Ergänzungen vor der Übermittlung der Abrechnung vorzunehmen. Bitte beachten Sie weiterhin die persönliche Leistungserbringung qualifikationsgebundener Leistungen. Diese Regelung ist insbesondere zu beachten bei angestellten Ärzten, in Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren.

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

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

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

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

- innerhalb eines Monats nach Erhalt des Honorarbescheids und der Richtigstellungsmitteilung beantragt wird,
- die eingereichte Abrechnung objektiv erkennbar unzutreffend ist und
- die Nichtvergütung der betroffenen Leistungen einen Honorarverlust zur Folge hätte, der einen unverhältnismäßigen Eingriff in den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes darstellen würde.

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

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

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Abrechnungskorrekturen“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

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

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

Sammelerklärung

In Zusammenhang mit der Einreichung/Übermittlung der Online-Abrechnung wird Ihnen im Mitgliederportal „Meine KVB“ unter der Kachel „Dateien einreichen“ ein personalisiertes Formular der Sammelklärung zum Download zur Verfügung gestellt, das Sie bitte ausdrucken, unterschreiben und auf dem Postweg an die KVB senden.

Das Herunterladen der vorbefüllten Sammelklärung ist dort jederzeit als eigenständiger Vorgang möglich (unabhängig davon, ob gleichzeitig eine Datei eingereicht werden soll oder nicht).

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

Die Einreichung der Sammelklärung an die KVB in Papierform ist

aufgrund der erforderlichen Originalunterschrift(en) weiterhin notwendig.

Hinweis: Die Abgabe der Sammelerklärung mit Garantiefunktion ist Voraussetzung für die Entstehung des Honoraranspruchs des einzelnen Vertragsarztes (BSG, Urteil vom 17. September 1997, 6 RKA 86/95 Rn 19f.). **Fehlt** die ordnungsgemäße **Sammelerklärung**, darf die KVB die „abgerechneten“ Leistungen nicht vergüten, da somit **kein Honoraranspruch** entstanden ist.

Deckblatt für die Rechnungseinreichung von Sachkosten:

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 „Dokumente“ zur Verfügung.

Auf dieser Seite ist unter KVB-Mitteilungen zur Sachkostenerstattung auch das Rundschreiben zur Sachkostenabrechnung ab 1. April 2020 vom 26. Februar 2020 – mit wichtigen Informationen zur „Einführung des einheitlichen Deckblatts“ eingestellt.

Anschrift für Briefsendungen:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Quartalsabrechnung“
93031 Regensburg

Anschrift für Päckchen/Pakete:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Yorckstraße 15
93049 Regensburg

Bitte vergessen Sie nicht, den Arztstempel einschließlich der Be-

triebsstättennummer auf den eingereichten Unterlagen sowie dem Briefumschlag anzubringen.

Verlängerung der Abgabefrist komfortabel über „Meine KVB“

Sollten Sie einmal die Frist nicht einhalten können, besteht die Möglichkeit, eine Fristverlängerung online über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ unter der Kachel „Formulare“ mit dem Suchbegriff *Fristverlängerung* und der weiteren Kachel *Fristverlängerung der Quartalsabrechnung* zu beantragen. Hierbei erhalten Sie eine vom System generierte Eingangsbestätigung/Genehmigung.

Sie können aber auch weiterhin unter der E-Mail-Adresse Terminverlaengerung@kvb.de mit Begründung eine Verlängerung der Abgabefrist beantragen.

Wichtig: Eine mögliche Verlängerung der Abgabefrist bezieht sich nur auf die Abrechnung nicht bereits verjährter Fälle und nicht auf die elektronische Dokumentation der Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen der KVB.

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

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

Notarzteinsätze über emDoc

Eine Besonderheit stellt die Einreichung und Abrechnung von Notarzteinsätzen über emDoc dar. Mit emDoc können Sie Ihre Fälle laufend zur Abrechnung einreichen. Alle bis

EBM-Änderungen rückwirkend zum Quartal 4/2020

zum jeweiligen Abrechnungslauf eingereichten Fälle werden berücksichtigt.

Anders als bei der sonst erforderlichen Einreichung der handschriftlich unterzeichneten Sammelerklärung bestätigen Sie in emDoc auf elektronischem Weg, dass Sie die Leistungen persönlich den Bestimmungen entsprechend erbracht haben.

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

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25
 E-Mail emDoc@kvb.de

Der Bewertungsausschuss und der ergänzende Bewertungsausschuss haben rückwirkend zum 1. Oktober 2020 (60. und 522. Sitzung), zum 7. Oktober 2020 (528. Sitzung) beziehungsweise zum 20. Oktober 2020 (524. Sitzung) Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) beschlossen.

Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses 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.

Telekonsilien

Beschluss aus der 60. Sitzung des ergänzenden Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Gemäß des Digitale Versorgungsgesetzes (DVG) können Konsilien in größerem Umfang in der vertragsärztlichen und in der sektorenübergreifenden Versorgung als telemedizinische Leistung abgerechnet werden, wenn sichere elektronische Informations- und Kommunikationstechnologien zum Einsatz kommen. Grundlage für die Durchführung von Telekonsilien ist die Vereinbarung gemäß Paragraph 291g Absatz 6 SGB V über technische Verfahren zu telemedizinischen Konsilien (Telekonsilien-Vereinbarung), die zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung mit Wirkung zum 1. April 2020 getroffen wurde.

Was ist ein Telekonsilium?

Die Vereinbarung definiert das Telekonsilium als die zeitgleiche oder zeitversetzte Kommunikation zwischen einem einholenden Arzt, Psychotherapeuten oder Zahnarzt und einem Konsiliararzt oder -zahnarzt. Dabei tauschen sie sich auf elektronischem Weg über eine patientenbezogene, medizinische Fragestellung aus. Die Kommunikation umfasst sowohl die Übermittlung der Fragestellung als auch deren Beantwortung. Möglich ist auch ein Videokonsilium, an dem der Patient teilnimmt. **Ein ausschließliches Telefonat ist nicht als Telekonsilium berechnungsfähig.**

Für Telekonsilien gelten hohe Sicherheitsanforderungen. Deshalb dürfen nur sichere elektronische Informations- und Kommunikationstechnologien eingesetzt werden. Informationen zu den technischen Anforderungen und nutzbaren Diensten finden Sie unter www.kvb.de in der *Rubrik Praxis/IT in der Praxis/Telekonsilien* oder auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de in der Rubrik Service/Service für die Praxis/Praxis-IT/Telekonsilium.

Die neuen Gebührenordnungspositionen im Überblick

Der ergänzte Bewertungsausschuss hat in seiner 60. Sitzung die Aufnahme von drei neuen Gebührenordnungspositionen in den Abschnitt 1.6 EBM beschlossen (siehe Tabelle auf der nächsten Seite).

Die Gebührenordnungspositionen 01670 bis 01672 sind

- am Behandlungstag nicht neben den telekonsiliarischen Befund-

beurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen gemäß Abschnitt 34.8 EBM berechnungsfähig,

- bei einem Telekonsil innerhalb von MVZ, (Teil-)BAG, Betriebsstätten derselben Arztpraxis und innerhalb einer Apparategemeinschaft nicht berechnungsfähig,
- auch von im Krankenhaus tätigen, nicht ermächtigten Ärzten oder Psychotherapeuten berechnungsfähig, sofern diese beziehungsweise die Fachrichtung des Krankenhauses nach GOP 01670 telekonsiliarisch beauftragt wurde.

Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01670 bis 01672 ist, dass

- eine patientenbezogene, interdisziplinäre medizinische Fragestellung vorliegen muss, die außerhalb des Fachgebiets des behandelnden Vertragsarztes liegt und das Telekonsilium bei einem Konsiliararzt, Konsiliarzahnarzt oder Konsiliarpsychotherapeuten eingeholt wird, innerhalb dessen Fachgebiet die patientenbezogene, interdisziplinäre medizinische Fragestellung liegt,

- oder eine besonders komplexe medizinische Fragestellung vorliegt, die innerhalb des Fachgebiets des behandelnden Vertragsarztes liegt und das Telekonsilium bei einem Konsiliararzt oder Konsiliarpsychotherapeuten desselben Fachgebiets eingeholt wird.

Folgeanpassungen im EBM

Technikzuschlag nach GOP 01450 bei Videokonsilium berechnungsfähig

Erfolgt eine telekonsiliarische Abstimmung im Rahmen eines Videokonsiliums, ist für den **initiiierenden Arzt oder Psychotherapeuten** neben den Gebührenordnungspositionen 01670 bis 01672 der Zuschlag nach GOP 01450 berechnungsfähig. Initiierender Arzt oder Psychotherapeut kann dabei sowohl ein Vertragsarzt als auch ein am Krankenhaus tätiger Arzt oder Psychotherapeut sein.

Telekonsilien neben PFG für Schwerpunktinternisten berechnungsfähig

Gemäß Anhang 3 des EBM sind die GOPen 01670 bis 01672 nicht Be-

standteil der fachärztlichen Grundversorgung. Mit diesem Beschluss wird klargestellt, dass die Zuschläge für die fachärztliche Grundversorgung gemäß den GOPen 13294, 13344, 13394, 13543, 13594, 13644 und 13694 zukünftig in Behandlungsfällen zugefügt werden können, in denen die GOPen 01670, 01671 und 01672 berechnet wurden.

Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme der GOPen 01670, 01671 und 01672 werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst.

Vergütung

Für die neu in den EBM aufgenommenen GOPen 01670, 01671 und 01672 EBM empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung auf Landesebene ist mit den Krankenkassen in Bayern noch zu vereinbaren.

GOP	Beschreibung	Anmerkung	Punkte/ Euro
01670	Zuschlag im Zusammenhang mit den Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen für die Einholung eines Telekonsiliums	<ul style="list-style-type: none"> ■ zweimal im Behandlungsfall ■ im Behandlungsfall nicht neben den GOPen 01671 und 01672 berechnungsfähig 	110 Punkte/ 12,09 Euro
01671	Telekonsiliarische Beurteilung einer medizinischen Fragestellung	<ul style="list-style-type: none"> ■ einmal im Behandlungsfall ■ Dauer mindestens zehn Minuten ■ im Behandlungsfall nicht neben der GOP 01670 berechnungsfähig 	128 Punkte/ 14,06 Euro
01672	Zuschlag zur GOP 01671 für die Fortsetzung der telekonsiliarischen Beurteilung	<ul style="list-style-type: none"> ■ je weitere vollendete fünf Minuten, bis zu dreimal im Behandlungsfall ■ im Behandlungsfall nicht neben der GOP 01670 berechnungsfähig 	65 Punkte/ 7,14 Euro

Phlebologie (Abschnitt 30.5 EBM)

Beschluss aus der 522. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Der Bewertungsausschuss hat klargestellt, dass die GOPen 30500 (Phlebologischer Basiskomplex) und 30501 (Verödung von Varizen) durch Fachärzte für Orthopädie und Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Phlebologie berechnungsfähig sind. Es erfolgte die Aufnahme des Abschnitts 30.5 in die Präambel der Orthopäden (18.1 Nummer 3 EBM).

Erstellung eines Notfalldatensatzes (GOP 01640)

Beschluss aus der 524. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Im Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) wurde festgelegt, dass die Vergütung im Zusammenhang mit der Erstellung eines Notfalldatensatzes (GOP 01640) im EBM für ein Jahr zu verdoppeln ist. Mit Inkrafttreten des PDSG beträgt die Vergütung für die GOP 01640 ab dem 20. Oktober 2020 bis zum 19. Oktober 2021 neu 160 Punkte (B€GO: 17,58 Euro).

Neue Kostenpauschalen für den Postversand der AU-Bescheinigung im Rahmen der Videosprechstunde

Beschluss aus der 528. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mit einer Anpassung der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit unter bestimmten Vorausset-

zungen auch per Videosprechstunde ermöglicht. Der Beschluss trat am 7. Oktober 2020 in Kraft.

Wird die Notwendigkeit zur Ausstellung einer AU-Bescheinigung beziehungsweise einer Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes im Rahmen einer Videosprechstunde festgestellt und die Bescheinigung per Post an den Patienten geschickt, können **ab dem 7. Oktober 2020** für den Versand die folgenden Kostenpauschalen nach EBM abgerechnet werden:

- **GOP 40128** (0,81 Euro) für die AU-Bescheinigung nach Muster 1
- **GOP 40129** (0,81 Euro) für die Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes nach Muster 21

Bitte beachten Sie: Die Corona-Sonderregelungen zur Vergütung des postalischen Versands der AU-Bescheinigung oder des Musters 21 bei Ausstellung nach einem Telefonat bleiben hiervon unberührt. Hierfür ist die Pseudo-GOP 88122 berechnungsfähig.

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

**Strahlentherapie –
Neufassung Kapitel 25**

Für Fachärzte für Strahlentherapie änderte sich im Zuge der Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) mit Wirkung zum 1. April 2020 zunächst nur wenig. Wegen der Komplexität der durch die medizinisch-technische Weiterentwicklung notwendigen Anpassungen hatte der Bewertungsausschuss beschlossen, dass die Weiterentwicklung der strahlentherapeutischen Leistungen des Kapitels 25 EBM nachgelagert erfolgen soll.

Jetzt wurde die Neufassung des Kapitels 25 beschlossen, sie tritt zum 1. Januar 2021 in Kraft. Wie die übrigen Änderungen im Zuge der EBM-Weiterentwicklung erfolgt auch die Weiterentwicklung des Kapitels 25 zum Umstellungszeitpunkt punktsummen- und ausgabenneutral.

Was ist neu?

Das Kapitel 25 hat eine grundlegende strukturelle und kalkulatorische Überarbeitung der einzelnen Leistungen erfahren.

Kernelement der **strukturellen Anpassungen** ist die Anpassung der Gebührenordnungspositionen an den aktuellen Stand der Wissenschaft und Technik. Der Leistungskatalog wurde aktualisiert und durch die Aufnahme neuer Leistungen vervollständigt. Zudem wurden die in den Sachkostenpauschalen des Abschnitts 40.15 enthaltenen Kosten in die Leistungen und verfahrensbezogene Zuschläge des Kapitels 25 überführt.

Die strahlentherapeutischen Leistungen wurden auf betriebswirtschaftlicher Grundlage **neu kalkuliert**. Die Aktualisierung der Praxis-

kosten erfolgte auf Basis der Kostenstrukturstatistik des Statistischen Bundesamts. Die Kalkulationszeiten der einzelnen Leistungen wurden auf Basis von Experteneinschätzungen festgelegt.

Nachfolgend stellen wir Ihnen die wichtigsten Änderungen kurz dar. Eine tabellarische Übersicht der Gebührenordnungspositionen des Kapitels 25 mit ihrer Bewertung ab dem 1. Januar 2021 sowie den Detailänderungen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/BEGO – EBM*.

Hochvolttherapie: Umstellung der Bewertungs- und Abrechnungssystematik

- Die **Bewertung und Abrechnung der therapeutischen Bestrahlungsleistungen** (bisherige GOPen 25320 und 25321) erfolgt zukünftig in Abhängigkeit von der Anzahl der bestrahlten Zielvolumina. In der Bestrahlungsgrundleistung wird wegen des zeitlich größten Aufwands für das erste Zielvolumen die ärztliche Hauptleistung der Bestrahlung abgebildet. Der zeitliche Mehraufwand für die Bestrahlung jedes weiteren Zielvolumens wird in Form von neuen Zuschlägen abgebildet.
- Deshalb erfolgt bei den Bestrahlungsgrundleistungen eine Änderung der Abrechnungsbestimmungen von bisher „je Fraktion“ in neu „für das erste Zielvolumen, je Bestrahlungssitzung“ beziehungsweise „je Bestrahlungsreihe“.
- Da Bestrahlungen aufgrund der Fortschritte im Bereich der bildgebenden Diagnostik und Therapie sowie verbesserter Applika-

tionsmethoden zielgenau und unter maximaler Schonung des umliegenden Gewebes durchgeführt werden können, wurden die **strahlentherapeutischen Begriffsdefinitionen** „Zielvolumen“, „Bestrahlungssitzung“ und „Bestrahlungsreihe“ neu festgelegt und die Berechnungsfähigkeit des Zielvolumens auf die Bestrahlungsreihe bezogen (Nummern 4 und 7 der Präambel 25.1). Die Begrenzung der maximal zu berechnenden Zielvolumina nach Nummer 5 der Präambel 25.1 gilt weiterhin.

- Für die Bestrahlung gutartiger Erkrankungen nach der GOP 25316 wird die **Mindestreferenzdosis** nach dem derzeitigen Stand der Wissenschaft von bisher 1,5 Gy **auf 0,5 Gy** abgestuft (Nummer 6 der Präambel 25.1).

Änderung bestehender und Einführung neuer GOPen

Bestrahlung bei gutartigen Erkrankungen: Neue GOP 25316 plus Zuschläge

Bei gutartigen Erkrankungen wird die therapeutische Bestrahlungsleistung mit dem Linearbeschleuniger neu über die GOP 25316 „Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei gutartigen Erkrankungen“ im Abschnitt 25.3.2 EBM abgebildet. Die **bisherige GOP 25320** (Bestrahlung mit Telekobaltgerät bei gut- oder bösartigen Erkrankungen oder Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei gutartigen Erkrankungen) **wurde gestrichen**, da Telekobaltgeräte in der modernen Strahlentherapie nicht mehr zur Anwendung kommen.

Zur dieser Bestrahlungsgrundleistung nach der GOP 25316 bei gut-

artigen Erkrankungen gibt es zwei neue Zuschläge:

- GOP 25317 als Zuschlag für die Bestrahlung von mehr als einem Zielvolumen
- GOP 25318 als Zuschlag für die Bestrahlung mit bildgestützter Einstellung (IGRT)

Bestrahlung bei bösartigen Erkrankungen: GOP 25321 plus Zuschläge

Für die „Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei bösartigen Erkrankungen oder bei raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems“ ist die GOP 25321 berechnungsfähig.

Zu dieser Bestrahlungsgrundleistung nach der GOP 25321 zur Bestrahlung bösartiger Erkrankungen oder bei raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems gibt es sechs neue Zuschläge:

- GOP 25324 als Zuschlag für die Bestrahlung von mehr als einem Zielvolumen
- GOP 25325 als Zuschlag für die Bestrahlung in Hochpräzisionstechnik
- GOP 25326 als Zuschlag für die Bestrahlung mit bildgestützter Einstellung (IGRT)
- GOP 25327 als Zuschlag für die Bestrahlung in Hochpräzisionstechnik in Kombination mit IGRT
- GOP 25328 als Zuschlag bei Überschreitung der Einzeldosis $\geq 2,5$ Gy
- GOP 25329 als Zuschlag für die Bestrahlung von Kindern

Neuer Zuschlag für Hochpräzisionsbestrahlungsplanung

Zur Abbildung des erhöhten Aufwands bei der rechnerunterstützten Hochpräzisionsbestrahlungsplanung (IMRT und/oder fraktionierte Stereotaxie)

wird mit der neuen GOP 25343 ein entsprechender Zuschlag zur GOP 25342 (Bestrahlungsplanung III) eingeführt.

Auflösung der Sachkosten des Abschnitts 40.15 EBM

Medizinisch-technische Weiterentwicklungen der Strahlentherapieleistungen wie die intensitätsmodulierte Strahlentherapie (IMRT) und weitere Verfahren der Hochpräzisionstechnik sowie IGRT wurden bisher über die Sachkostenpauschalen 40840 und 40841 im Abschnitt 40.15 querfinanziert. Um die Weiterentwicklung sachgerecht im EBM abzubilden, erfolgte eine Auflösung des Abschnitts 40.15 und Umlegung der Kosten auf die Gebührenordnungspositionen des Kapitels 25.

Genehmigung

Voraussetzung zur Abrechnung der strahlentherapeutischen Leistungen ist eine Genehmigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 513. Sitzung wurde auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Er steht unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

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

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

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

Zur Anlage V, verordnungsfähige Medizinprodukte

- TauroSept® – Befristung der Verordnungs-fähigkeit bis 9. März 2023

Zur Anlage VI (Teil A), Off-Label-Use

- Tamsulosin bei Urolithiasis (als medikamentöse expulsive Therapie auch nach Lithotripsie) – Zustimmung eines pharmazeutischen Unternehmers

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31

E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Sprechstundenbedarfs- Vereinbarung

Änderungen beziehungsweise Ergänzungen der Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung (SSB-V), die zum 1. Juli 2020 in Kraft getreten sind, haben wir Ihnen in einem „Verordnung Aktuell“ zusammengestellt.

In den Rubriken „Arzneimittel“ (Antidote, Gerinnungshemmer, Hypnotika, Lokalanästhetika, Spüllösungen), „Diagnostika, Diagnosebedarf, Laborbedarf“ (Lugolsche Lösung) und „Verband-, Kompressions- und OP-Material“ (Stützmaterial) gab es Änderungen beziehungsweise Ergänzungen.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31

E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Elektronische Dokumentation für oKFE-RL gestartet

Am 1. Oktober 2020 ist nach einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) die elektronische Dokumentation im Rahmen der **Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)** gestartet

Programm zur Früherkennung von Zervixkarzinomen

Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe müssen das Formular Primärscreening dokumentieren, wenn bei Patientinnen ab 20 Jahren die GOPen 01761 oder 01764 abgerechnet werden. In das Formular sollen auch die Ergebnisse der zytologischen Untersuchung und des HPV-Tests eingetragen werden.

Wenn eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Abklärungskoloskopie besteht (GOP 01765), muss diese Leistung mit dem Formular Abklärungskoloskopie dokumentiert werden.

Fachärzte für Pathologie, Labormedizin und gegebenenfalls Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe müssen die Formulare Zytologie und HPV-Test dokumentieren, wenn sie die Abstriche und Tests auswerten und mit den GOPen 01762 oder 01766 für die Zytologie und den GOPen 01763 oder 01767 für den HPV-Test abrechnen.

Programm zur Früherkennung von Darmkrebs

Fachärzte für Labormedizin müssen das Formular iFOBT dokumentieren, wenn der Test im Labor ausgewertet und mit der GOP 01738 abgerechnet wird. Bitte beachten Sie, dass die Ausgabe und Weiterleitung

des iFOBT, die mit der GOP 01737 abgerechnet wird, in diesem Rahmen nicht dokumentationspflichtig ist.

Fachärzte für Gastroenterologie müssen die Ergebnisse durchgeführter Früherkennungskoloskopien dokumentieren, die mit der GOP 01741 abgerechnet werden. Koloskopien nach positivem iFOBT, die mit der GOP 13421 abgerechnet werden, können ebenfalls dokumentiert werden, allerdings besteht hier keine Verpflichtung zur Dokumentation.

Einreichungsfristen und Neuerungen für 2021

Die Dokumentationen müssen für das vierte Quartal 2020 spätestens bis 28. Februar 2021 eingegangen sein. Die Datenlieferfristen für die kommenden Quartale sind der 15. Mai, 15. August und 15. November 2021.

Die Dokumentationsbögen und technischen Regelungen für das Jahr 2021 wurden durch die Gremien der Bundesebene aktualisiert, sodass einige zwischenzeitlich aufgetauchte Probleme im neuen Jahr behoben sein werden.

Weiterführende Informationen zu den Früherkennungsprogrammen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung* unter den Themen „Z“ und „D“.

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

Änderung Arbeitsunfähigkeitsrichtlinie zu Vorsorgeuntersuchungen und Fernbehandlung

Mit Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 16. Juli 2020, der am 7. Oktober 2020 in Kraft getreten ist, wurden in die Arbeitsunfähigkeitsrichtlinie (AU-RL) neben einigen redaktionellen Änderungen folgende Neuerungen aufgenommen:

In Paragraf 3 Absatz 2 wurde klargestellt, dass bei ärztlichen Behandlungen zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken, zum Beispiel im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen, keine Arbeitsunfähigkeit vorliegt, wenn die ärztliche Behandlung selbst zu keiner Arbeitsunfähigkeit führt. Damit wurde die immer wieder strittige Frage für die Sedierung zur Durchführung von Koloskopien geklärt.

In Paragraf 4 wurde in Absatz 5 die Regelung zur AU-Bescheinigung im Rahmen der Videosprechstunde eingefügt. Arbeitsunfähigkeit kann auch mittelbar persönlich im Rahmen von Videosprechstunden festgestellt werden, sofern der Versicherte dem Vertragsarzt derselben Berufsausübungsgemeinschaft aufgrund früherer Behandlungen unmittelbar persönlich bekannt ist und die Erkrankung dies nicht ausschließt. Eine erstmalige Feststellung der Arbeitsunfähigkeit ist nur für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen möglich. Die Feststellung des Fortbestehens der Arbeitsunfähigkeit ist nur zulässig, wenn bei dem Versicherten bereits zuvor aufgrund unmittelbar persönlicher Untersuchung Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit festgestellt worden ist. Sofern eine hinreichend sichere Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der Videosprechstunde nicht möglich ist, ist von einer Feststellung der

Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der Videosprechstunde abzusehen und auf die Erforderlichkeit einer unmittelbar persönlichen Untersuchung durch einen Vertragsarzt zu verweisen. Der Versicherte ist im Vorfeld der Videosprechstunde über die eingeschränkten Möglichkeiten der Befunderhebung zum Zwecke der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der Videosprechstunde aufzuklären. Ein Anspruch auf die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der Videosprechstunde besteht nicht.

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

