

KVBIINFOS

05 | 20
06 | 20

ABRECHNUNG

- 66 Die nächsten Zahlungstermine
- 66 EBM – Änderungen zum 1. Januar 2020 und zum 1. April 2020
- 73 PET/CT – weiterer Einsatzbereich wird GKV-Leistung
- 73 Wundbehandlung mit Vakuumversiegelungstherapie
- 74 Muster 30: Berichtsvordruck abgeschafft

VERORDNUNG

- 75 Corona – Umgang mit Verordnungen
- 76 Verordnung einer Krankenförderung durch Kliniken
- 77 Änderung Muster 4 (Krankentransport)
- 77 Rehabilitations-Richtlinie
- 77 Patientenhinweis „Die Heilmittelverordnung“
- 78 DPD-Testung vor parenteraler 5-FU-Anwendung
- 78 Langzeitkontrazeptiva
- 79 Substitutionsausschlussliste
- 79 Ulipristalacetat zur Behandlung von Uterusmyomen

QUALITÄT

- 79 „Orientierungshilfe für bildgebende Verfahren“
- 83 Änderung der Ultraschallvereinbarung zum 1. April 2020

HINWEIS ZU KVB-SEMINAREN

Bei Redaktionsschluss war aufgrund der Corona-Anordnungen noch nicht bekannt, ab wann wieder KVB-Seminare stattfinden. Deshalb verzichtet diese Ausgabe auf die Veröffentlichung aller Seminartermine.

Sie können sich über den aktuellen Stand unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Fortbildung* gerne informieren.

Die nächsten Zahlungstermine

11. Mai 2020
Abschlagszahlung April 2020

10. Juni 2020
Abschlagszahlung Mai 2020

10. Juli 2020
Abschlagszahlung Juni 2020

31. Juli 2020
Restzahlung 1/2020

10. August 2019
Abschlagszahlung Juli 2020

10. September 2020
Abschlagszahlung August 2020

12. Oktober 2020
Abschlagszahlung September 2020

30. Oktober 2020
Restzahlung 2/2020

10. November 2020
Abschlagszahlung Oktober 2020

10. Dezember 2020
Abschlagszahlung November 2020

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

EBM – Änderungen zum 1. Januar 2020 und zum 1. April 2020

Der Bewertungsausschuss hat rückwirkend zum 1. Januar 2020 in seiner 477. Sitzung – Teil B (schriftliche Beschlussfassung) sowie mit Wirkung zum 1. April 2020 in seiner

- 471. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)
- 474. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)
- 475. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)
- 476. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)
- 477. Sitzung – Teil A (schriftliche Beschlussfassung)
- 479. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)
- 484. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)
- 486. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)
- 487. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)
- 488. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) beschlossen. Über die wichtigsten Änderungen wurden die betroffenen Ärzte in gesonderten Rundschreiben bereits informiert. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese nochmals in Kürze dar.

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.

EBM – Änderungen rückwirkend zum 1. Januar 2020

Neuer Zuschlag für die HPV-Genotypisierung bei positivem HPV-Test im Rahmen der Früherkennung von Zervixkarzinomen und Folgeanpassungen des EBM
Beschluss aus der 477. Sitzung (Teil B) des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Nach einer Klarstellung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dass eine Genotypisierung der HPV-Typen 16 und 18 nach positivem HPV-Nachweis im Rahmen des Zervixkarzinomscreenings nicht zwingend gefordert wird, wird das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen seine Dokumentationsvorgaben öffnen und lediglich eine fakultative Angabe des HPV-Genotyps 16 und 18 vorsehen.

Die HPV-Genotypisierung bei positivem HPV-Test wird daher rückwirkend zum 1. Januar 2020 aus dem obligaten Leistungsinhalt der GOPen 01763 und 01767 gestrichen und als Zuschlag zu den GOPen 01763 und 01767 neu in den EBM aufgenommen.

Neu: GOP 01769 – Zuschlag zu den GOPen 01763 und 01767 für die Genotypisierung auf HPV-Typ 16 und HPV-Typ 18 bei einem positiven Nachweis von High-Risk-HPV-Typen

EBM-Bewertung: 153 Punkte
Preis B€GO: 16,81 Euro

- Die GOP 01769 kann auch dann abgerechnet werden, wenn der Nachweis und die Genotypisie-

rechnung in demselben Untersuchungs-gang durchgeführt werden.

- Berechnungsfähig durch Gynäkologen, Laborärzte und Pathologen.
- Die Berechnung der GOP 01769 setzt – wie der präventive HPV-Test nach den GOPen 01763 und 01767 – eine Genehmigung nach der QS-Vereinbarung Spezial-Labor gemäß Paragraf 135 Absatz 2 SGB V der Kassenärztlichen Vereinigung voraus. Ärzte, die bereits über eine Genehmigung für den präventiven HPV-Test nach den GOPen 01763 und 01767 verfügen, können die neue GOP 01769 automatisch abrechnen.
- Ergänzender Hinweis für Fachärzte für Pathologie und Fachärzte für Neuropathologie:
 - Mit der Aufnahme der GOPen 01763, 01767 und 01769 in die pathologische Präambel 19.1 Nr. 4 EBM gilt die fachliche Befähigung für Fachärzte für Pathologie und Fachärzte für Neuropathologie zur Durchführung der präventiven HPV-Tests als nachgewiesen, das heißt die Teilnahme an einem Kolloquium bei Beantragung der Genehmigung entfällt.

Im Zuge der Einführung der neuen Zuschlagsleistung wird die Bewertung der GOPen 01763 und 01767 entsprechend dem darin berücksichtigten Anteil der Genotypisierung um 18 Punkte auf 153 Punkte/16,81 Euro abgesenkt (bisher: 171 Punkte/18,79 Euro).

Eine Anpassung des kurativen HPV-Tests nach der GOP 32819 hat der Bewertungsausschuss als nicht notwendig erachtet. Dessen Be-

rechnung erfordert weiterhin eine Genotypisierung auf die Typen 16 und 18 bei jedem positiven HPV-Nachweis.

Folgeanpassungen des EBM – Grundpauschalen 01700 und 01701

Der Leistungsinhalt der Labor-Grundpauschalen nach GOP 01700 beziehungsweise GOP 01701 wurde um die neue Zuschlags-GOP 01769 ergänzt. Bitte beachten Sie, dass die Grundpauschalen nach den GOPen 01700 und 01701 von der KVB automatisiert zugesetzt werden. Sie müssen Sie nicht selbst abrechnen.

Zusätzlich wurde mit der Aufnahme der Labor-Grundpauschale nach GOP 01701 in die pathologische Präambel 19.1 Nummer 2 EBM sichergestellt, dass die Grundpauschale 01701 in Verbindung mit den HPV-Tests nach den GOPen 01763, 01767 und 01769 auch für Pathologen berechnungsfähig ist.

Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme der GOP 01769 werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst. Die GOP 01769 wird als Ausschlussleistung zu den Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) mit „*“ ausgewiesen.

Vergütung

Die neu in den EBM aufgenommene GOP 01769 wird als Leistung des Abschnitts 1.7.3.2.2 EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt.

EBM-Änderungen zum 1. April 2020

Berechnungsfähigkeit der Abklärungsdiagnostik nach GOP 01764 und der klinischen Untersuchung nach GOP 01760

Beschluss aus der 474. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Ab 1. April 2020 kann bei Patientinnen die klinische Krebsfrüherkennungsuntersuchung (Abschnitt B. II. Paragraphen 6 und 8 KFE-RL) nach GOP 01760 und die Abklärungsdiagnostik (Teil III. C. Paragraf 7 oKFE-RL) nach GOP 01764 an einem Behandlungstag durchgeführt und abgerechnet werden. Der bisherige Abrechnungsausschluss im EBM wird aufgehoben.

Psychotherapie: Höhere Vergütung für die ersten zehn Sitzungen der Kurzzeittherapie

Beschluss aus der 475. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Der Bewertungsausschuss hat neue Zuschläge für psychotherapeutische Leistungen der Kurzzeittherapie (KZT) beschlossen. Er setzte damit eine Vorgabe aus dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung um, die **Zuschläge in Höhe von 15 Prozent für die ersten zehn Stunden im Rahmen der Kurzzeittherapie** vorsieht, wenn die in Paragraf 19a Absatz 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte festgelegten Mindestsprechstunden für gesetzlich Versicherte tatsächlich zur Verfügung stehen.

Danach ist jeder mit einem vollen Versorgungsauftrag zugelassene Vertragsarzt und -psychotherapeut

verpflichtet, mindestens 25 Sprechstunden pro Woche für gesetzlich Versicherte anzubieten. Die Regelung gilt entsprechend für angestellte Ärzte und Psychotherapeuten. Bei einem reduzierten Versorgungsauftrag gelten die Mindestsprechstundenzeiten anteilig.

Ausgehend von 25 Wochenstunden bei einem vollen Versorgungsauftrag sind dies bei einem

- Dreiviertel-Versorgungsauftrag: 18,75 Stunden/Woche (= 18 Stunden und 45 Minuten)
- hälftigen Versorgungsauftrag: 12,5 Stunden/Woche (= 12 Stunden und 30 Minuten)
- Viertel-Versorgungsauftrag: 6,25 Stunden/Woche (= 6 Stunden und 15 Minuten)
gilt nur für Angestellte

Die Zuschläge für die ersten zehn Sitzungen der KZT werden in einen neuen Abschnitt 35.2.3.2 des EBM aufgenommen (siehe Tabelle rechts).

Für die Abrechnung der Zuschläge ist Folgendes zu beachten:

- **Höchstens zehnmal im Krankheitsfall** (aktuelles und drei Folgequartale) und nur für die **ersten zehn Sitzungen einer Kurzzeittherapie** berechnungsfähig.
- Nur für Vertragsärzte beziehungsweise -psychotherapeuten berechnungsfähig, die für die Mindestsprechstundenanzahl gemäß Paragraf 19a Absatz 1 Ärzte-ZV zur Verfügung stehen.
- Der Zuschlag zur KZT in Form einer Einzelbehandlung (GOP 35591) ist auch berechnungsfähig, wenn die Sitzung im Rahmen einer Videosprechstunde durchgeführt wird (Kennzeichnung: 35591V).

GOP	Kurzbeschreibung	Punkte/ Preis BÉGO
35591	Zuschlag zu den GOPen 35401, 35402, 35411, 35412, 35421 und 35422 (Einzeltherapie)	139 Punkte/ 15,27 Euro
Zuschläge zur Gruppentherapie im Rahmen der KZT unterschieden nach Teilnehmer (TN)		
35593	Zuschlag zu den GOPen 35503, 35523 und 35543 (3 TN)	138 Punkte/ 15,16 Euro
35594	Zuschlag zu den GOPen 35504, 35524 und 35544 (4 TN)	116 Punkte/ 2,75 Euro
35595	Zuschlag zu den GOPen 35505, 35525 und 35545 (5 TN)	103 Punkte/ 11,32 Euro
35596	Zuschlag zu den GOPen 35506, 35526 und 35546 (6 TN)	95 Punkte/ 10,44 Euro
35597	Zuschlag zu den GOPen 35507, 35527 und 35547 (7 TN)	88 Punkte/ 9,67 Euro
35598	Zuschlag zu den GOPen 35508, 35528 und 35548 (8 TN)	84 Punkte/ 9,23 Euro
35599	Zuschlag zu den GOPen 35509, 35529 und 35549 (9 TN)	80 Punkte/ 8,79 Euro

- Auch bei vorausgegangener Akutbehandlung können für eine sich anschließende Kurzzeittherapie die Zuschläge für die ersten zehn Sitzungen der KZT berechnet werden. Bitte beachten Sie, dass die Zuschläge nicht für die Akuttherapie (GOP 35152), sondern ausschließlich für die Kurzzeittherapie abgerechnet werden können.

Beispiele

1. Bei einem Patienten werden zwölf Sitzungen à 50 Minuten im Rahmen der Akuttherapie durchgeführt und abgerechnet. Im Anschluss erfolgt eine KZT 2. Die Zuschläge werden hier auf die ersten zehn Sitzungen der KZT 2 abgerechnet.
2. Bei einem Patienten wurden im März 2020 (Quartal 1/2020)

bereits vier Sitzungen einer KZT 1 durchgeführt. Die Zuschläge können für die restlichen sechs Sitzungen der ab dem 1. April 2020 durchgeführten KZT 1 sowie für weitere vier Sitzungen einer sich gegebenenfalls anschließenden KZT 2 abgerechnet werden.

Neue EBM-Leistung: FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Therapie mit dem Arzneimittel Dupilumab

Beschluss aus der 476. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat für das Arzneimittel Dupilumab einen Beschluss zur frühen Nutzenbewertung gefasst. Dupilumab wird als Add-on-Erhaltungstherapie bei

Erwachsenen und Jugendlichen ab zwölf Jahren mit schwerem Asthma mit Typ-2-Inflammation – gekennzeichnet durch eine erhöhte Anzahl der Eosinophilen im Blut und/oder erhöhtes FeNO – angewendet. Die Anwendung erfolgt, wenn die Erkrankung trotz hochdosierter inhalativer Kortikosteroide und einem weiteren zur Erhaltungstherapie angewendeten Arzneimittel unzureichend kontrolliert ist.

Mit Beschluss des Bewertungsausschusses mit Wirkung zum 1. April 2020 erfolgt die Abbildung der FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Therapie mit dem Arzneimittel Dupilumab durch Aufnahme der neuen Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen (GOPen) 04538 in den Abschnitt 4.5.2 und 13678 in den Abschnitt 13.3.7 des EBM.

Neu: GOP 04538 – FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Dupilumab

EBM-Bewertung 88 Punkte
Preis B€GO 9,67 Euro

- Berechnungsfähig von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie.
- Bei einer Überprüfung der Indikationsstellung zur Therapie mit Dupilumab nicht berechnungsfähig.

Neu: GOP 13678 – FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Dupilumab

EBM-Bewertung 88 Punkte
Preis B€GO 9,67 Euro

Berechnungsfähig von Fachärzten für Innere Medizin mit dem Schwer-

punkt Pneumologie und Lungenärzten.

- Bei einer Überprüfung der Indikationsstellung zur Therapie mit Dupilumab nicht berechnungsfähig.
- Belegärztlich nicht berechnungsfähig.

Die im Rahmen der FeNO-Messung entstehenden Sachkosten für Mundstücke und gegebenenfalls Sensoren werden über die **neue Kostenpauschale 40167 (7,48 Euro)** vergütet.

Labor – Kapitel 32 EBM: Änderungen bei den Genotypischen HIV-Resistenztestungen

Beschluss aus der 477. Sitzung (Teil A) des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)
Beschluss aus der 488. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Im Rahmen der frühen Nutzenbewertung des G-BA nach Paragraph 35a SGB V für das Arzneimittel Dovato® wurde ein erneuter Anpassungsbedarf der Gebührenordnungspositionen des EBM für die genotypische HIV-Resistenztestungen festgestellt. Daraufhin hat der BA die Untersuchungen nach den GOPen 32818, 32821 und 32822 neu strukturiert und diese Wirkstoffgruppen in der GOP 32821 zusammengeführt. Die GOP 32828 wurde neu gefasst und bildet zusammen mit der GOP 32821 die erforderlichen HIV-Resistenztestungen für die derzeit gebräuchlichen antiretroviralen Wirkstoffe ab.

Die GOPen 32818 und 32822 werden mit Wirkung zum 31. März 2020 gestrichen und können daher ab dem 1. April 2020 nicht mehr berechnet werden.

GOP 32821 – Genotypische HIV-Resistenztestung bei HIV-Infizierten vor spezifischer antiretroviraler Therapie oder bei Verdacht auf Therapieversagen mit folgenden Substanzklassen gemäß Zusammenfassung der Merkmale eines Arzneimittels (Fachinformation)

- **Integrase-Inhibitoren** oder
- **Corezeptor-Antagonisten** oder
- **Fusionsinhibitoren**
- **Neu:** Je Substanzklasse berechnungsfähig (bisher auf zweimal im Krankheitsfall beschränkt).
- **Neu:** GOP 32821 setzt bei jeder Testung die Angabe der Substanzklasse als Art der Untersuchung voraus (Freier Begründungstext – Feldkennung 5009).
- Für die Beurteilung eines Therapieversagens sind die aktuellen Leitlinien des AWMF-Registers zugrunde zu legen.
- Infolge der Streichung der GOP 32822 wird die GOP 32821 neu in die Labor-Ausnahme-Kennnummer 32021 im Abschnitt 32.1 aufgenommen.

GOP 32828 – Genotypische HIV-Resistenztestung bei HIV-Infizierten vor spezifischer antiretroviraler Therapie oder bei Verdacht auf Therapieversagen mit folgenden Substanzklassen

- **Protease-Inhibitoren** und/oder
- **Reverse Transkriptase-Inhibitoren**
- Für die Beurteilung eines Therapieversagens sind die aktuellen Leitlinien des AWMF-Registers zugrunde zu legen.
- Die GOP 32828 umfasst auch die gemäß Anlage I der Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungen und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung festgelegten Indikationen.

Neue EBM-Leistung für die Schwangerenkonfliktberatung nach pränataler Untersuchung mit pathologischem Befund

Beschluss aus der 479. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Schwangere Frauen erhalten bei fetalem pathologischem Befund eine Aufklärung und Beratung entsprechend Paragraf 2a Absatz 1 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) und den Mutterschafts-Richtlinien durch den behandelnden Arzt. Dies ist in der Regel die Gynäkologin beziehungsweise der Gynäkologe. Bei der Beratung sind entsprechend den gesetzlichen Vorgaben solche Ärzte hinzuzuziehen, die mit der diagnostizierten Gesundheitsschädigung bei geborenen Kindern Erfahrung haben. Spezielle Fachkenntnisse in diesem Bereich können insbesondere Kinder- und Jugendmediziner vorweisen.

Bisher konnten Kinderärzte die interdisziplinäre Beratungsleistung jedoch nicht mit einer Gebührenordnungsposition des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs abrechnen. Der Bewertungsausschuss hat nun in seiner 479. Sitzung (schriftliche Beschlussfassungen) mit Wirkung zum 1. April 2020 die Aufnahme einer neuen Leistung für Kinder- und Jugendärzte in den EBM beschlossen:

Neu: GOP 01799 – Beratung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin gemäß Anlage 1c II.2 der Mutterschafts-Richtlinien in Verbindung mit Paragraf 2a Absatz 1 SchKG

EBM-Bewertung	65 Punkte
Preis B€GO	7,14 Euro

- Je vollendete fünf Minuten, jedoch höchstens viermal im Behandlungsfall berechnungsfähig.
- GOP 01799 ist nur durch den hinzugezogenen Arzt mit indikationsspezifischer Expertise für den Bereich der Diagnose gemäß Paragraf 2a Absatz 1 SchKG berechnungsfähig.
- Die Beratung umfasst die eingehende Erörterung der möglichen medizinischen, psychischen und sozialen Fragen sowie der Möglichkeiten zur Unterstützung bei physischen und psychischen Belastungen.

GOP 30708 – schmerztherapeutische Beratung per Videosprechstunde möglich

Beschluss aus der 486. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Seit dem 1. Oktober 2019 können bereits verschiedene Leistungen des EBM im Rahmen von Videosprechstunden erbracht und abgerechnet werden. Ab 1. April 2020 ist neuerdings auch die Durchführung und Berechnung der Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie nach der GOP 30708 per Videosprechstunde möglich.

Bitte denken Sie daran:

- Gebührenordnungspositionen, die im Rahmen einer Video-

sprechstunde durchgeführt werden, sind mit dem Buchstabenzusatz „V“, also 30708V, in der Abrechnung zu kennzeichnen (KVDT-Feldkennung 5001 „GNR“).

- Die Pseudo-GOP 88220 ist in der Abrechnung (KVDT-Feldkennung 5001 „GNR“) einzutragen, wenn Sie einen Patienten im Quartal ausschließlich im Rahmen der Videosprechstunde behandelt haben (das heißt kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal).
- Ärzte, die Videosprechstunden ausführen und abrechnen wollen, müssen eine entsprechende Genehmigung beantragen. Alternativ ist derzeit auch ein vereinfachtes Anzeigeverfahren möglich. Die notwendigen Formulare finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge* Buchstabe „V“ unter Videosprechstunde.

Weitere Abrechnungsdetails zu der Videosprechstunde entnehmen Sie bitte den KVB INFOS, Ausgabe 12/2019, oder unseren ausführlichen Informationen unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/B€GO-EBM* unter „Weitere Informationen (EBM-Änderungen je Quartal)“.

Neue GOP für molekulargenetische Untersuchung vor Gabe des Medikaments „Mayzent“®

Beschluss aus der 487. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat für das Arzneimittel Mayzent® (Wirkstoff: Siponimod) einen Beschluss zur frühen Nutzenbewertung gefasst. Das Medikament Mayzent® wird zur Behandlung bei

sekundär progredienter Multipler Sklerose eingesetzt.

Vor Anwendung des Medikaments muss laut Fachinformation der CYP2C9-Metabolisierungsstatus des Patienten bekannt sein. Der Bewertungsausschuss hat deshalb in seiner 487. Sitzung mit Wirkung zum 1. April 2020 eine neue Gebührenordnungsposition für die Untersuchung der Allele CYP2C9*1, *2 und *3 des CYP2C9-Gens gemäß GOP 32866 in den Abschnitt 32.3.14 „Molekulargenetische Untersuchungen, EBM aufgenommen:

Neu: GOP 32866 – Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2C9-Metabolisierungsstatus vor der Gabe von Siponimod bei sekundär progredienter Multipler Sklerose gemäß der Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels (Fachinformation)

Obligater Leistungsinhalt: Untersuchung auf das Vorliegen der Allele CYP2C9*1, CYP2C9*2 und CYP2C9*3

Preis B€GO 82,00 Euro

- Einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Zur Abrechnung ist eine Genehmigung der KV gemäß der QS-Vereinbarung Spezial-Labor erforderlich. Laborärzte können die neue GOP 32866 mit ihrer Speziallaborgenehmigung automatisch abrechnen. Humangenetiker können auf Antrag eine Genehmigung für die GOP 32866 ohne Teilnahme an einem Kolloquium erhalten, da deren Qualifikation laut Präambel 11.1 Nr. 11 EBM als erfüllt gilt.

Weitere EBM-Änderungen beziehungsweise inhaltliche Anpassungen

Redaktionelle Anpassung der Leistungslegenden der GOPen 01732, 01747 und 01748

Beschluss aus der 471. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Der G-BA hat am 19. Dezember 2019 eine Neufassung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (GU-RL) mit Integration der Richtlinie Ultraschallscreening auf Bauchaaortenaneurysmen (US-BAA-RL) beschlossen. In der GU-RL sind neu unter Teil B. I. die „Allgemeine Gesundheitsuntersuchung“ und unter Teil B. II. „Ultraschallscreening auf Bauchaaortenaneurysmen“ aufgeführt. Die US-BAA-RL wird aufgehoben. Durch die Integration der US-BAA-RL in die GU-RL resultierte redaktioneller Anpassungsbedarf bei den Gebührenordnungspositionen 01732, 01747 sowie 01748 des EBM.

Strahlentherapie: GOP 02120 für die Erstprogrammierung einer Zytostatikapumpe berechnungsfähig
Beschluss aus der 484. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Die Gebührenordnungsposition 02120 (Erstprogrammierung einer Zytostatikapumpe) wurde in die Nummer 2 der Präambel 25.1 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs aufgenommen. Somit ist ab 1. April 2020 die GOP 02120 für Fachärzte für Strahlentherapie und Vertragsärzte, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung

strahlentherapeutischer Leistungen gemäß der Vereinbarungen zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß Paragraf 135 Absatz 2 SGB V verfügen, berechnungsfähig.

Sofern Sie zudem über eine **Genehmigung zur Teilnahme am DMP Brustkrebs** verfügen, können Sie die Leistung für Ihre Patientinnen im DMP Brustkrebs mit der **GOP 02120L** abrechnen. Die Leistung wird mit 16,92 Euro vergütet. Die zusätzliche Abrechnung der Gebührenordnungsposition 02120 EBM ist neben GOP 02120L am selben Behandlungstag ausgeschlossen.

Die Umprogrammierung und/oder Wiederauffüllung einer Zytostatikapumpe sowie die Wiederauffüllung und Programmierung von Infusomaten und Perfusoren sind nicht Bestandteil der Gebührenordnungsposition und werden künftig als nicht gesondert berechnungsfähige Leistungen in den Anhang 1 zum EBM aufgenommen.

GOP 30901 – Absenkung der Mindestdauer der Befundauswertung
Beschluss aus der 484. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Im Zusammenhang mit der Durchführung der Kardiorespiratorischen Polysomnographie nach GOP 30901 wird die Mindestdauer der visuellen Auswertung(en) der aufgezeichneten Befunde einschließlich visueller Validierung nach Rechtschaffen und Kales von 50 auf 40 Minuten abgesenkt. Gleichzeitig wird die Leistung nach GOP 30901 um sechs Punkte auf 3.171 Punkte/348,40 Euro aufgewertet (bisher 3.165 Punkte/347,74 Euro).

GO Pen 36881 und 36883 – Aufhebung von weiteren Berechnungsausschlüssen

Beschluss aus der 484. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Es erfolgt über den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 455. Sitzung zur EBM-Weiterentwicklung hinaus eine weitere Anpassung der Berechnungsausschlüsse im Behandlungsfall zu den belegärztlich konservativen Komplexen nach GOP 36881 (Pneumologischer Komplex) und GOP 36883 (Zuschlag zu den GO Pen 33070 bis 33073 für die Laufband-Ergometrie).

GO Pen 33090 – bei bestimmten Diagnosen zweimal je Sitzung berechnungsfähig

Beschluss aus der 484. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Im Rahmen der EBM-Weiterentwicklung mit Wirkung zum 1. April 2020 wurde die Möglichkeit geschaffen, den Zuschlag nach GO Pen 33090 zu den sonografischen Leistungen nach den GO Pen 33040, 33042, 33043 und 33081 bei transkavitärer Untersuchung zweimal je Sitzung zur jeweiligen Sonographie abzurechnen, vorausgesetzt, die Durchführung der Untersuchung erfolgt transösophageal und es liegt eine der definierten Diagnosen nach ICD-10-GM vor.

Mit vorliegendem Beschluss wurden die Diagnosen in Hinblick auf die Diagnosesicherheit gegenüber dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 455. Sitzung nochmals differenziert. Hierdurch wird klargestellt, dass der Zuschlag nach der GO Pen 33090 auch dann

zweimal je Sitzung berechnungsfähig ist, wenn die Endosonographie zur Abklärung und Diagnosesicherung der genannten bösartigen Neubildungen durchgeführt wird. Obligat für die zweimalige Berechnung ist das Vorliegen einer der folgenden Diagnosen:

- C15.- Bösartige Neubildung des Ösophagus
- C16.- Bösartige Neubildung des Magens
- C17.0 Bösartige Neubildung des Duodenums
- C17.1 Bösartige Neubildung des Jejunums
- C22.- Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
- C23.- Bösartige Neubildung der Gallenblase
- C24.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege
- C25.- Bösartige Neubildung des Pankreas

oder eine der folgenden **gesicherten Diagnosen:**

- K80.- Cholelithiasis
- K83.- sonstige Krankheiten der Gallenwege
- K85.- Akute Pankreatitis
- K86.- Sonstige Krankheiten des Pankreas

Der jeweilige ICD-Code (Feldkennung 6001) ist unter Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit (Feldkennung 6003) in die Abrechnung einzutragen.

Änderung der Bewertung

Beschluss aus der 484. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Die Bewertung folgender Gebührenordnungspositionen wird aufgrund inhaltlicher Anpassungen sowie Änderungen der Prüfzeiten angepasst (siehe Tabelle).

GO des EBM	Bewertung bis 31. März 2020 in Punkten	Bewertung ab 1. April 2020 in Punkten
01770	1093	1172
01815	134	275
04530	377	311
09211	198	205
09315	988	1161
13650	377	311
13662	988	1161
21340	19	23
27211	233	234
27212	246	251
30901	3165	3171
36881	267	221

PET/CT – weiterer Einsatzbereich wird GKV-Leistung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 19. Dezember 2019 beschlossen, dass das PET/CT bei Patienten mit aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen zukünftig im Rahmen des initialen Stagings durchgeführt werden kann. Dadurch kann in vielen Fällen auf die Durchführung einer Knochenmarkspunktion verzichtet werden. Der Beschluss ist am 21. März 2020 in Kraft getreten.

Abrechnung erst nach Aufnahme einer Leistung in den EBM möglich

Der oben genannte Einsatzbereich kann erst dann als Kassenleistung erbracht und abgerechnet werden, wenn eine entsprechende Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen wurde. Für die Anpassung des EBM hat der Bewertungsausschuss bis zu sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinie Zeit. Eine Ergänzung der bestehenden QS-Vereinbarung gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V ist zeitgleich vorgesehen.

Sobald die Aufnahme der neuen Leistung in den EBM beschlossen wurde, werden wir Sie hierüber informieren.

Sie finden den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (MVV-RL) unter www.g-ba.de/informationen/richtlinien.

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

Wundbehandlung mit Vakuumversiegelungstherapie

Die Vakuumversiegelungstherapie (VVS) für die Behandlung von Wunden wird bei Patienten zukünftig Leistung der vertragsärztlichen Versorgung. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 19. Dezember 2019 eine entsprechende Änderung der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ beschlossen. Der Beschluss trat am 12. März 2020 in Kraft.

Bei der VVS – auch Unterdruck-Therapie genannt – wird die Wunde luftdicht abgedeckt und über einen dünnen Schlauch mit einer Vakuum-pumpe verbunden. Die Wundflüssigkeiten werden über dieses geschlossene System kontinuierlich abgesaugt. Durch den dabei entstehenden Unterdruck verbessert sich zudem die Durchblutung in der Wunde.

Die VVS kann zukünftig ambulant zulasten der gesetzlichen Krankenkassen bei Patienten erbracht werden, bei denen – aufgrund wund- oder patientenspezifischer Risikofaktoren – unter einer Standard-wundbehandlung keine ausreichende Heilung zu erwarten ist.

Weitere Voraussetzungen

Zur Durchführung der VVS zum intendierten primären Wundverschluss berechtigt sind die folgenden operativ tätigen Fachärzte:

- Fachärzte im Gebiet der Chirurgie
- Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Fachärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
- Fachärzte für Mund-, Kiefer-Gesichtschirurgie
- Fachärzte für Neurochirurgie
- Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Fachärzte für Urologie

Anhang 3 EBM

Die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM werden bei folgenden (neuen) GOPen 01799, 01815, 03242, 04538, 05310, 09315, 13662, 13678, 30901, 35591, 35593 bis 35599 angepasst. Die Gebührenordnungspositionen 13678, 32866, 35591 und 35593 bis 35599 werden als Ausschlussleistung zu den Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) mit „*“ ausgewiesen.

Vergütung

Die neu in den EBM aufgenommenen GOPen 01799, 35591 und 35593 bis 35599 werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt.

Für die neu in den EBM aufgenommenen GOPen 04538, 13678, 32866 und 40167 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.

EBM-Weiterentwicklung – neuer EBM ab 1. April 2020

Über die EBM-Reform zum 1. April 2020 haben wir Sie in dem gesonderten **Rundschreiben vom 3. März 2020** informiert. Ergänzende Informationen (wie zum Beispiel die wichtigsten strukturellen Änderungen je Fachgruppe) finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/BEGO-EBM*.

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

Für die Durchführung der VVS zum intendierten sekundären Wundverschluss, wie beispielsweise schlecht heilende diabetische oder venöse Ulcera, sind darüber hinaus auch folgende Fachärzte berechtigt:

- Fachärzte für Allgemeinmedizin
- Fachärzte für Innere Medizin und Angiologie
- Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Fachärzte mit der Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ oder der Bezeichnung „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“
- Fachärzte mit der Zusatzweiterbildung Phlebologie

Zudem ist das neue Verfahren in ein medizinisches Behandlungskonzept einzubetten, das neben den Verbandswechseln unter anderem eine regelmäßige ärztliche Kontrolle der Wundheilung umfasst.

Hinsichtlich der apparativen Voraussetzungen ist nur geregelt, dass zertifizierte Medizinprodukte zu verwenden sind.

Abrechnung erst nach Aufnahme einer Leistung in den EBM möglich

Die VVS kann als ambulante Leistung zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erst dann erbracht werden, wenn eine entsprechende Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen wurde. Für die Anpassung des EBM hat der Bewertungsausschuss bis zu sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinie Zeit.

Sobald die Aufnahme der neuen Leistung in den EBM beschlossen wurde, werden wir Sie hierüber informieren.

Sie finden den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die „Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (MVV-RL) unter www.g-ba.de/richtlinien.

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

Muster 30: Berichtsvordruck abgeschafft

Bitte beachten Sie, dass der Berichtsvordruck für die Gesundheitsuntersuchung (Muster 30) seit 1. April 2019 abgeschafft ist. Die Altbestände sind leer und somit nicht mehr über die Firma Kohlhammer abrufbar. Die Dokumentation erfolgt ausschließlich in der Patientenakte. Wir haben Sie darüber in den KVB INFOS, Ausgabe 5/2019, informiert.

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

Corona – Umgang mit Verordnungen

Bitte beachten Sie, dass die nachfolgenden Punkte den aktuellen Informationsstand von Mitte April wiedergeben. Unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen* finden Sie unter den einzelnen Themen den jeweils neuesten Stand.

Arzneimittel

Das Bundesgesundheitsministerium bittet darum, dass Sie bei der Verordnung von Arzneimitteln folgende Punkte berücksichtigen, um eine kontinuierliche, ausreichende und wirtschaftliche Versorgung Ihrer Patienten, die zwingend Arzneimittel benötigen, sicherzustellen:

- Die Verordnung von Arzneimitteln, insbesondere bei chronisch kranken Patienten, sollte im gewohnten Umfang fortgesetzt werden (zum Beispiel mit einer N3-Packung). Keine Mehrfachverordnungen!
- Auf eine zusätzliche Ausstellung von Privatrezepten, soweit sie aus ärztlicher Sicht nicht erforderlich sind, sollte verzichtet werden. Die Arzneimittel stehen dann den Patienten zur Verfügung, die diese dringend benötigen.
- Stellen Sie eine Wirkstoffverordnung aus und wenden Sie das Austauschverbot (Aut-idem-Kreuz) nur in medizinisch begründeten Einzelfällen an.

Ziel ist es, Versorgungsengpässen bei Arzneimitteln vorzubeugen und im Fall von temporären Engpässen die Verfügbarkeit von davon betroffenen Arzneimitteln zu verlängern.

Heilmittel

Aufgrund der Coronavirus-Pandemie können Heilmitteltherapien vorerst

für einen längeren Zeitraum unterbrochen werden. Auch die Maximalfrist zwischen Verordnungsdatum und Therapiebeginn wird vorerst aufgehoben. In beiden Fällen behalten ärztliche Verordnungen ihre Gültigkeit.

Portokosten werden erstattet [1] – Regelung zeitlich befristet bis 30. Juni 2020 [2]

Für Arzneimittelrezepte und andere Verordnungen sowie Überweisungen werden Ihnen ab sofort die Portokosten erstattet. Diese Regelung ist bis zum 30. Juni 2020 zeitlich befristet.

Sie dürfen gemäß Bundesmantelvertrag in Ausnahmesituationen Ihren Patienten Folgeverordnungen und Überweisungen per Post zusenden. Voraussetzung ist, dass der Patient bei Ihnen in Behandlung ist.

- Folgeverordnungen für Arzneimittel (einschließlich BtM-Rezepte), Blutzuckerteststreifen sowie von Verband- und Hilfsmitteln, die auf Muster 16 verordnet werden (Ausnahme: Seh- und Hörhilfen)
- Verordnung einer Krankenförderung (Muster 4)
- Überweisungen (Muster 6 und 10)
- Folgeverordnungen für häusliche Krankenpflege (Muster 12)
- Folgeverordnungen für Heilmittel (Muster 13 Physiotherapie und Podologie, Muster 14 Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Muster 18 Ergotherapie und Ernährungstherapie).
- Folgeverordnungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV, Muster 63).

Aufgrund des steigenden Bedarfs für nicht persönliche Arzt-Patienten-

Kontakte im Zusammenhang mit der Coronavirus-Pandemie hat der Bewertungsausschuss festgelegt, dass Ihnen die Portokosten für den Versand mit 0,90 Cent erstattet werden. Die Abrechnung erfolgt über die Gebührenordnungsposition 40122. Die Abrechnung des Portos ist vorübergehend **auch neben der GOP 01430** für den sogenannten Verwaltungskomplex und neben der **GOP 01435** für die Bereitschaftspauschale berechnungsfähig. Konkret heißt das für Sie: Auch wenn ein Patient am Praxistelefon mit dem medizinischen Personal gesprochen hat, nicht aber mit Ihnen selbst, dürfen Sie das Porto für die Rezeptzusendung abrechnen. Voraussetzung für jede Zusendung ist, dass der Patient bei Ihnen in Behandlung ist.

Elektronische Gesundheitskarte

Da es sich um bekannte Patienten handelt, gilt für das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) das übliche Verfahren: Findet in einem Quartal ausschließlich ein telefonischer Kontakt statt, übernehmen Sie die Versichertendaten aus der Patientenkartei. Die Vorlage der eGK für die telefonische Konsultation sowie für Folgerezepte nach telefonischer Anamnese, Überweisungen und Folgeverordnungen ist nicht notwendig, wenn der Patient in den zurückliegenden sechs Quartalen (1. Oktober 2018 bis 31. März 2020) mindestens einmal in der Praxis war.

Lesen Sie hierzu unsere Verordnung Aktuell „Coronavirus - Verordnung von Arzneimitteln“, „Umgang mit Heilmittelverordnungen aufgrund von Corona“, „Coronavirus - Verordnung von Hilfs-, Verbandsmitteln

und Blutzuckerteststreifen“ und „Coronavirus - Verordnung einer Krankenförderung“.

Versorgungsmangel – Pneumokokken-Impfstoffe Abweichen von den Vorgaben des AMG möglich

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat bereits am 16. März 2020 nach Paragraph 79 Absatz 5 des Arzneimittelgesetzes (AMG) einen Versorgungsmangel an Pneumokokken-Impfstoffen im Bundesanzeiger bekannt gegeben. Hierdurch wird ein befristetes Abweichen von den Vorgaben des AMG gestattet und somit weitere Möglichkeiten des Bezugswegs geschaffen. Wir bitten Sie, die aktuellen Handlungsempfehlungen des RKI aufgrund der eingeschränkten Lieferfähigkeit von Pneumokokken-Impfstoffen dingend einzuhalten (Vergleiche Verordnung Aktuell „Pneumokokken-Impfstoffe (Pneumovax® und Prevenar®) - aus Japan eingeführte Pneumovax-Impfdosen verfügbar“).

Hydroxychloroquin – Versorgungsengpässe befürchtet

Rheumatologen fürchten bereits jetzt Versorgungsengpässe für ihre Patienten. Die European Medicines Agency (EMA) warnte neben Lieferengpässen auch vor möglichen schweren Nebenwirkungen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zog deshalb die Notbremse, um die Versorgung chronisch Kranker mit ihrer Dauermedikation sicherzustellen. Wenn Hydroxychloroquin-haltige Arzneimittel (Quensyl® und als Reimport Plaquenil®) außerhalb der zugelassenen Indikationen bei an COVID-19 erkrankten Patienten angewendet werden, sollte dies nur im

Rahmen von klinischen Prüfungen oder als individueller Heilversuch bei stationär behandelten Patienten geschehen (Vergleiche Verordnung Aktuell „Hydroxychloroquin - Sicherstellung der Versorgung von chronisch kranken Patienten in den zugelassenen Indikationen“).

Wechsel der Antikoagulation während der SARS-CoV19 Pandemie

In unserer Verordnung Aktuell vom 26. März 2020 finden Sie einige Punkte, die wir Ihnen zu bedenken geben möchten, wenn Sie sich fragen sollten, ob Sie Ihre Patienten, die aufgrund eines nicht-valvulären Vorhofflimmerns mit dem Vitamin K Antagonisten (VKA) Phenprocoumon behandelt werden und bei denen im Rahmen dessen zur Kontrolle des Koagulationsstatus regelmäßig der INR (international normalized ratio)-Wert bestimmt werden muss, zur Reduktion der direkten Arzt-Patienten-Kontakte während der Coronakrise auf einen der neuen oralen Antikoagulantien (NOAK) umgestellt werden können oder sollten.

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

- [1] Die in den Allgemeinen Bestimmungen 7.1 getroffene Regelung, dass Versand- und Transportkosten grundsätzlich in den Gebührenordnungspositionen enthalten sind, wird übergangsweise ausgesetzt.
- [2] Der Bewertungsausschuss wird spätestens zum 31. Mai 2020 prüfen, ob eine Verlängerung beziehungsweise Anpassung der zusätzlichen Vergütung für die postalische Versendung der Verordnungen und Überweisungen erforderlich ist.

Verordnung einer Krankenförderung durch Kliniken

Wird Ihr Patient aus dem Krankenhaus (nicht Reha-Einrichtung!) entlassen, darf ihm der dort behandelnde Arzt (Krankenhausarzt, Krankenhauszahnarzt, Krankenhauspsychotherapeut) zukünftig im Rahmen des Entlassmanagements eine Verordnung für eine Krankenförderung ausstellen. Dies gilt entsprechend für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung.

Mehr Informationen finden Sie in unserer Verordnung Aktuell vom 6. März 2020.

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

Änderung Muster 4 (Krankentransport)

Aufgrund der zum 1. Januar 2019 gültigen Genehmigungsfiktion (siehe Verordnung Aktuell „Krankenfahrten für Patienten mit Pflegegrad und/oder Schwerbehinderung“ vom 8. Januar 2019) war das Muster 4 anzupassen.

Bitte beachten Sie: Das neue Muster 4 muss ab 1. Juli 2020 eingesetzt werden. Bitte verwenden Sie bis zum 30. Juni 2020 die alten Vordrucke und vernichten Sie anschließend Ihre Restmengen.

Vom Kohlhammer-Verlag erhalten alle Praxen, die dort seit der Musteränderung im letzten Jahr „Muster 4“ bezogen haben, bis Mitte Juni 2020 automatisch ein Erstausstattungs-paket.

Unsere aktualisierte Ausfüllhilfe finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Formelles* unter „Krankenförderung“.

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

Rehabilitations-Richtlinie

Anpassungen an das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG): Die bisherige Regelung, dass pflegende Angehörige vorrangig ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch nehmen müssen, entfällt. Es besteht nunmehr für pflegende Angehörige der Anspruch auf eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation, auch wenn Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation aus medizinischer Sicht ausreichend wären.

Bitte lesen Sie hierzu unsere beiden Verordnung Aktuell „Rehabilitations-Richtlinie: Anpassungen des Muster 61 zum 1. April 2020“ und „Rehabilitations-Richtlinie: Anpassungen an das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)“ vom 18. März 2020.

Bitte beachten Sie, dass die Einführung des neuen Formulars 61 zum Stichtag 1. April 2020 erfolgt. Allerdings wird – aufgrund der Corona-Pandemie – die eigentlich vorgesehene Stichtagsregelung verschoben und bis 30. Juni 2020 ausgesetzt. Das heißt, bis einschließlich 30. Juni 2020 darf auch das bisherige Formular benutzt werden, wenn das neue noch nicht in der Software enthalten ist. Ab dem 1. Juli 2020 muss aber das neue Formular verwendet werden.

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

Patientenhinweis „Die Heilmittelverordnung“

Wir haben unseren Patientenhinweis aktualisiert. Ihre Patienten werden darüber informiert, dass bei der Verordnung von Heilmitteln, also Ergotherapie, Ernährungstherapie, Physikalische Therapie, Podologie oder Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Ihr Arzt gesetzliche Vorgaben berücksichtigen muss. Die Heilmittel-Richtlinie inklusive dem Heilmittelkatalog sind zwingend zu beachten.

Sie finden den Patientenhinweis unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Patientenhinweise*. Dieser ist zur Auslage in Ihrem Wartezimmer geeignet.

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

DPD-Testung vor parenteraler 5-FU-Anwendung

Am 13. März 2020 hat das Pharmacovigilance Risk Assessment Committee (PRAC) der europäischen Arzneimittelbehörde EMA (European Medicines Agency) bekanntgegeben, dass bei der Anwendung von intravenös oder intraarteriell appliziertem 5-Fluorouracil (5-FU) und entsprechenden Wirkstoffen (Pro-Drugs), aus denen 5-FU im Körper entsteht (Capecitabin und Tegafur), eine Testung auf einen DPD-Mangel (Dihydropyrimidindehydrogenase) vorgeschaltet werden sollte. Hintergrund ist, dass acht Prozent der Bevölkerung in dem Gen, das für die DPD codiert, eine Mutation tragen, die zu einer verminderten Aktivität führt. 0,5 Prozent weisen sogar einen absoluten Mangel auf. Da 5-FU über die DPD abgebaut wird, erleiden Patienten mit DPD-Defizienz eine 5-FU-Kumulation im Körper, die zu schweren Neutropenien, Neurotoxizität, Diarrhöen und Stomatitis führen kann. In der Literatur sind tödliche Ausgänge beschrieben worden. Bei Patienten mit einer nur verminderten DPD-Aktivität könne eine reduzierte 5-FU Anfangsdosis, gefolgt von einer sukzessiven Dosiserhöhung, versucht werden. Ein sorgfältiges Therapiemonitoring dieser Patienten sei dann allerdings erforderlich, schreibt der PRAC in seiner Bekanntmachung.

Patienten, die aufgrund einer schweren systemischen (Hefe-)Pilzkrankung einschließlich bedrohlicher Meningitiden eine antimykotische Therapie mit Flucytosin zeitnah bekommen sollen, brauchen hingegen aufgrund der zeitkritischen Situation nicht vorab getestet werden, obwohl im Körper aus Flucytosin ebenfalls 5-FU entsteht. Hier überwiegt der Nutzen den Schaden. Die dermale Anwendung von 5-FU wird aufgrund

der geringeren systemischen Exposition ebenfalls vom Erfordernis der vorab Testung ausgenommen.

Näheres hierzu lesen Sie in Verordnung Aktuell vom 24. März 2020.

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

Langzeitkontrazeptiva

Zwischenzeitlich steht fest, dass unabhängig von der Wirkungsdauer sowohl die Abrechnung als auch die Verordnung von Intrauterinpressaren (Spirale) beziehungsweise Depot-Kontrazeptiva (Implanon®) bis einen Tag vor dem 22. Geburtstag zulasten aller gesetzlichen Krankenkassen möglich ist. Damit wird dem Willen des Gesetzgebers Rechnung getragen, der seit April 2019 nochmals verstärkt jungen Frauen einen selbstbestimmten Umgang mit den Mitteln der Empfängnisverhütung ermöglichen wollte.

Ebenfalls besteht ein Anspruch auf nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva (die sogenannte „Pille danach“), soweit sie ärztlich verordnet werden.

In unserem Verordnung Aktuell „Verordnung von (Notfall-)Kontrazeptiva – neu zum 1. April 2019!“ lesen Sie weitere Details.

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

Substitutions- ausschlussliste

Präparate, deren Wirkstoffe auf der Substitutionsausschlussliste stehen, dürfen von den Apotheken nicht ausgetauscht werden. Eine Wirkstoffverordnung stellt in diesen Fällen eine unklare Verordnung dar und darf von der Apotheke nicht beliefert werden.

Es kann in diesen Fällen sinnvoll sein, das bisher verordnete Präparat, mit dem der Patient stabil eingestellt ist, namentlich weiter zu verordnen. Ein „Aut-idem Kreuz“ braucht nicht gesetzt werden. Rabattverträge werden nicht berücksichtigt. Das Substitutionsverbot gilt auch für den Notdienst.

In unserer Verordnung Aktuell vom 5. März finden Sie die Wirkstoffe aus der Substitutionsausschlussliste aufgeführt (Stand 29. Oktober 2019).

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

Ulipristalacetat zur Behand- lung von Uterusmyomen

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte informiert über ein **vorläufiges Ruhen der Zulassung** von Ulipristalacetat zur Behandlung von Uterusmyomen (Esmya®, Generika). Der Ausschuss für Risikobewertung im Bereich der Pharmakovigilanz (PRAC) der EMA hat Frauen empfohlen, die Einnahme von 5 mg Ulipristalacetat zur Behandlung von Uterusmyomen für den Zeitraum des laufenden Risikobewertungsverfahrens einzustellen. Während der Sicherheitsüberprüfung sollen auch keine neuen Patientinnen mehr mit den Arzneimitteln behandelt werden, deren Zulassungen in der gesamten EU vorübergehend ausgesetzt werden. Die Einleitung der Sicherheitsüberprüfung erfolgte auf Antrag der Europäischen Kommission nach dem Bekanntwerden eines kürzlich aufgetretenen Falls von Leberschäden, der zu einer Lebertransplantation bei einer betroffenen Patientin führte.

Weitere Details lesen Sie in unserem Verordnung Aktuell vom 23. März 2020.

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

„Orientierungshilfe für bildgebende Verfahren“

Aus dem Vorwort des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit:

„Die bildgebende Diagnostik ist für die Abklärung medizinischer Fragestellungen und damit zur Planung geeigneter individueller Behandlungen für die Patientinnen und Patienten seit vielen Jahrzehnten ein unverzichtbares Hilfsmittel in der modernen Medizin. Bei bestimmten Untersuchungsmethoden, bei denen ionisierende Strahlung oder radioaktive Stoffe eingesetzt werden, wie in der Röntgendiagnostik oder in der nuklearmedizinischen Diagnostik, ist aufgrund der durch das Untersuchungsverfahren bedingten Exposition vorher sorgfältig von der Ärztin oder dem Arzt abzuwägen, ob nicht ein anderes Verfahren mit weniger oder keiner Exposition für die Patientin oder den Patienten, wie zum Beispiel Ultraschall- oder Magnetresonanzverfahren, mindestens gleich gut geeignet wäre. Deshalb richtet sich die Orientierungshilfe für bildgebende Verfahren in erster Linie an Ärztinnen und Ärzte, die Patienten und Patientinnen zur Abklärungsdiagnostik überweisen. Das Ziel ist es, eine unnötige Strahlenexposition bei gleichbleibender diagnostischer Aussagekraft zu vermeiden.“

Die Orientierungshilfe empfiehlt für die unterschiedlichen diagnostischen Fragestellungen jeweils das am besten geeignete bildgebende Verfahren. Es befreit den anwendenden Arzt oder die anwendende Ärztin jedoch nicht von der Pflicht, in jedem individuellen Fall die rechtfertigende Indikation für die gewählte Untersuchungsart zu stellen und zu dokumentieren.

Aufgrund der rasanten Entwicklung neuer Untersuchungsverfahren wird die Orientierungshilfe der Strahlenschutzkommission (SSK) seit dem Jahr 2006 regelmäßig aktualisiert. Sie erfüllt damit auch die Anforderungen aus der Festlegung grundlegender Sicherheitsnormen für den Schutz vor den Gefahren einer Exposition gegenüber ionisierender Strahlung der EU-Richtlinie 2013/59/Euratom des Rates, wonach die Mitgliedstaaten sicherzustellen haben, dass *den überweisen den Personen Überweisungsleitlinien für die medizinische Bildgebung zur Verfügung stehen, in denen die Strahlendosen berücksichtigt werden.*

Das Bundesumweltministerium als das für Strahlenschutz zuständige Ressort setzt sich seit vielen Jahren dafür ein, die Anzahl der Anwendungen, die eine Strahlenexposition beinhalten, so gering wie möglich zu halten. Da medizinische Diagnoseverfahren fortlaufend weiterentwickelt werden, wird auch die Orientierungshilfe regelmäßig überarbeitet und aktualisiert.“

Hinweise der Qualitätssicherungskommission Radiologie zur Orientierungshilfe

Wie Sie dem Vorwort des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit entnehmen können, wurde die Orientierungshilfe überarbeitet. Die Qualitätssicherungskommission Radiologie möchte gezielt zwei Themenbereiche herausgreifen, bei denen sich die Strahlenschutzkommission eindeutig positioniert hat. Deren Empfehlung wird zukünftig in die Bewertung im Rahmen der Stichprobenprüfung einfließen.

Röntgenaufnahmen bei NNH-Erkrankungen nicht indiziert

Im Gegensatz zur früheren Fassung der Orientierungshilfe wird nun explizit bei einem Verdacht auf akute Sinusitis als Grad der Empfehlung „nicht indiziert“ aufgeführt. Die bisher noch von der Kommission akzeptierte Aufnahme der Nasennebenhöhlen (NNH) bei akuter Sinusitis ist damit ausgeschlossen. Sollte diese Untersuchung trotzdem durchgeführt werden, ist sie aufgrund fehlender rechtfertigender Indikation mit der Bewertung „deutliche Mängel“ einzustufen.

Röntgenaufnahmen der Lendenwirbelsäule bei Rückenschmerzen

Abweichungen von der bisherigen Version der Orientierungshilfe zur aktuellen Version:

- a) Bei akuten Rückenschmerzen ohne neurologische Symptomatik oder anderen Warnsymptomen wurde zum jeweiligen Untersuchungsverfahren und dem Grad der Empfehlung ein Kommentar eingefügt.
- b) Bei akuten Rückenschmerzen mit neurologischer Symptomatik wurde der Grad der Empfehlung von Röntgenuntersuchungen von „weiterführender Untersuchung“ auf „Primäruntersuchung“ geändert. Zusätzlich wurde die nuklearmedizinische Untersuchung als „Spezialverfahren“ ergänzt.
- c) Bei chronischen oder therapieresistenten Rückenschmerzen wurde die Röntgenuntersuchung als „weiterführende Untersuchung“ empfohlen (bisher nicht enthalten).
Bei den MRT- und CT-Untersuchungen wurde der Grad der Empfehlung von „Primäruntersu-

chung“ auf „weiterführende Untersuchung“ geändert.

Bei der nuklearmedizinischen Untersuchung wurde der Grad der Empfehlung von „weiterführende Untersuchung“ auf „Spezialverfahren“ geändert.

d) keine Abweichungen

Aufgrund der genannten Veränderungen sollten die Anwender dafür sensibilisiert werden, künftig die rechtfertigende Indikation spezifisch auszuformulieren und Röntgenuntersuchungen der Lendenwirbelsäule nur in dem von der Strahlenschutzkommission vorgesehenen Rahmen anzufertigen.

Sollte diese Untersuchung ohne ausreichende rechtfertigende Indikation durchgeführt werden, ist sie mit der Bewertung „deutliche Mängel“ einzustufen.

Die vollständige Textfassung der Orientierungshilfe für bildgebende Verfahren finden Sie unter www.ssk.de in der Rubrik Empfehlungen/ Medizinische Strahlenexposition/ Orientierungshilfe für bildgebende Untersuchungen vom 27.06.2019 oder unter https://www.ssk.de/SharedDocs/Beratungsergebnisse_PDF/2019/2019-06-27Orientie.html?nn=2241514

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Angelika Stömmer
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 33 44
Carolin Luger
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 23 18
Andrea Kopeczek
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 33 46
Agnes Betz
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 35 17

A. Kopf (einschließlich HNO-Probleme)

Klinische Fragestellung	Bildgebendes Untersuchungsverfahren	Grad der Empfehlung	Kommentar
A17 NNH-Erkrankungen	Nach fachärztlicher Abklärung, Bildgebung präoperativ oder bei Komplikationen		
Akute Sinusitis	Rö	N	Die akute Sinusitis ist eine klinische Diagnose und erfordert keine Bildgebung. Das Röntgen der NNH ist nur zum Ausschluss grob pathologischer Befunde in klinischen Ausnahmesituationen geeignet, zum Beispiel in Kombination mit einem Zahnstatus vor Knochenmarktransplantation
	CT	W	Bei persistierenden therapierefraktären Beschwerden, präoperativ und bei Verdacht auf orbitale Komplikation
	MRT	W	Nur bei Verdacht auf intrakranielle Komplikation, bei Kindern Verdacht auf orbitale Komplikation
Chronische Sinusitis	CT	P	Als Low-Dose CT nach Therapie und zur OP-Planung; Voraussetzung für endonasale, navigationsgesteuerte Roboterchirurgie
Verdacht auf NNH-RF	CT/MRT	P	Bei Verdacht auf maligne RF
(bei Kindern s.M9)	DSA	S	(Präoperative) Embolisation stark vaskularisierter oder blutender RF

N: Nicht indiziert, P: Primäruntersuchung, W: Weiterführende Untersuchung, S: Spezialverfahren

Quelle: Orientierungshilfe für bildgebende Verfahren, 3. überarbeitete Auflage, Empfehlung der Strahlenschutzkommission, 27. Juni 2019

M. Kinder

Klinische Fragestellung	Bildgebendes Untersuchungsverfahren	Grad der Empfehlung	Kommentar
M9 Sinusitis	Rö	N	Röntgenaufnahmen der NNH sind nicht indiziert
	MRT	P	Insbesondere bei Immundefekt, komplizierter Sinusitis, Orbitalphlegmone, meningeealer Affektion
	CT	W	Bei Verdacht auf Orbitalphlegmone zur knöchernen Beurteilung, falls MRT nicht verfügbar. Dosisreduzierte Technik zur Operationsplanung und -navigation bei chronischer Sinusitis und Polyposis

N: Nicht indiziert, P: Primäruntersuchung, W: Weiterführende Untersuchung, S: Spezialverfahren

Quelle: Orientierungshilfe für bildgebende Verfahren, 3. überarbeitete Auflage, Empfehlung der Strahlenschutzkommission, 27. Juni 2019

C. Wirbelsäule

Klinische Fragestellung	Bildgebendes Untersuchungsverfahren	Grad der Empfehlung	Kommentar
Lendenwirbelsäule (LWS)			
C6 Rückenschmerzen	Rö	N	Knöcherne Veränderungen sind in der Regel nicht Ursache der Schmerzen
a) Akute Rückenschmerzen ohne neurologische Symptomatik oder andere Warnzeichen	MRT	N	Liefert keinen Beitrag zur Abklärung akuter Rückenschmerzen
	CT	N	Liefert keinen Beitrag zur Abklärung akuter Rückenschmerzen
b) Akute Rückenschmerzen mit neurologischer Symptomatik	MRT	P	Verfahren der ersten Wahl
	CT	P	Wenn MRT nicht verfügbar oder kontraindiziert
	Rö	P	Ausschluss einer manifesten Osteoporose, falls MRT und CT nicht verfügbar
	NUK	S	Nur, falls MRT/CT nicht konklusiv, zum Beispiel zum Nachweis entzündlicher Ursachen
c) Chronische oder therapieresistente Rückenschmerzen ohne neurologische Symptomatik, sofern Infektparameter unauffällig sind und kein TU vorliegt	Rö	W	Zum Nachweis struktureller Knochenveränderungen. Mit Vorsicht zu bewerten, da häufig nicht Ursache für die Schmerzen
	MRT	W	Bei therapieresistenten Beschwerden
	CT	W	Nur, wenn MRT nicht verfügbar oder bei Kontraindikation für MRT
	NUK	S	Nur indiziert, wenn MRT/CT nicht verfügbar oder nicht konklusiv, zum Beispiel zum Nachweis entzündlicher Ursachen
d) Rückenschmerzen mit Warnsymptomen, zum Beispiel bei <ul style="list-style-type: none"> ■ Auftreten im Alter von < 20 oder > 55 Jahren ■ Neurologischen Defiziten inklusive Reithosenanästhesie und Sphinkter- oder Gangstörungen ■ Früherer Tumorerkrankung ■ Allgemeinsymptomen ■ HIV-Infektion ■ Gewichtsabnahme ■ I.v. - Drogenmissbrauch ■ Kortikosteroidtherapie 	Rö	P	Basisuntersuchung; Ausschluss knöcherner Veränderungen
	MRT	P	Ergänzend auch bei negativem Röntgenbefund
		W	MRT-Methode der Wahl (primär) bei - Reithosenanästhesie - schwerer oder progressiver Beeinträchtigung der Motorik - ausgedehnten neurologischen Defiziten (Notfall)
Nuk	S	Skelettszintigrafie zum Ausschluss Infektion; primärer -, sekundärer Knochentumor. PET bei Spondylitis	

N: Nicht indiziert, P: Primäruntersuchung, W: Weiterführende Untersuchung, S: Spezialverfahren

Quelle: Orientierungshilfe für bildgebende Verfahren, 3. überarbeitete Auflage, Empfehlung der Strahlenschutzkommission, 27. Juni 2019

Änderung der Ultraschallvereinbarung zum 1. April 2020

Zum 1. April 2020 wurde die 2009 in Kraft getretene Ultraschallvereinbarung (USV) angepasst. Gegenstand der Anpassungen sind hauptsächlich die Aktualisierung der apparativen Anforderungen sowie die Einführung der Nerven- und Muskelsonographie. Daneben wurden weitere kleine Anpassungen und Klarstellungen vorgenommen.

Apparative Anforderungen

Neben einigen Anpassungen der apparativen Voraussetzungen an die aktuellen technischen Gegebenheiten (zum Beispiel Aufnahme der mitlaufenden Empfangsfokussierung, des automatisierten Tiefenausgleichs etc.) wurde festgelegt, dass Sektor-Phased-Array-Schallköpfe für die Ultraschalluntersuchung des kindlichen Abdomens (Anwendungsklasse 7.2 der USV) nicht mehr neu zugelassen werden. Bereits genehmigte Schallköpfe dieser Art können jedoch weiter verwendet werden. Außerdem können Annular-Array-Schallköpfe zukünftig nicht mehr neu zugelassen werden. Bereits genehmigte Schallköpfe können noch für eine Übergangszeit von zehn Jahren verwendet werden.

Sollten Sie bereits vor dem 1. April 2020 nachweislich ein solches Ultraschallsystem oder eine Komponente erworben haben, das die Anforderungen an die apparative Ausstattung nach Anlage III der USV nicht mehr erfüllt, wenden Sie sich bitte an uns.

Nerven- und Muskelsonographie

Für die Nerven- und Muskelsonographie wurde der neue Anwendungsbereich (AB) 23.1 (Duplex-Verfahren – Nerven und Muskeln einschließlich versorgende Gefäße) aufgenom-

men. Die fachliche Qualifikation kann durch Nachweis von 200 Sonographien des zentralen und peripheren Nervensystems und der Muskulatur erfolgen. Für Ärzte, die ihre Weiterbildung auf der Grundlage einer früheren Weiterbildungsordnung (vor 2018) absolviert haben, sind 100 Sonographien von Nerven und Muskeln nachzuweisen.

Daneben sind Handlungskompetenzen in Duplex-Verfahren der Nerven und Muskeln und Handlungskompetenzen in elektroneurografischen und elektromyografischen Untersuchungen notwendig.

Für den Erhalt der Genehmigung ist außerdem ein entsprechendes Ultraschallsystem mit B-Modus und Farbduplex vorzuhalten. Hinsichtlich der weiteren technischen Kriterien wurde die Anlage III der USV um die Anwendungsklasse (AK) 23.1 (Nerven und Muskeln, Farbduplex) ergänzt.

Nach erteilter Genehmigung kann die erbrachte Leistung über die neu zum 1. April 2020 im EBM aufgenommene GOP 33100 (Muskel- und/oder Nervensonographie zur weiteren Klärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung, inklusive Nervenkompressionssyndrom mittels B-Mode-Verfahren) abgerechnet werden.

Die GOP 33100 ist berechnungsfähig von:

- Fachärzten für Neurologie
- Fachärzten für Nervenheilkunde
- Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie
- Fachärzten für Neurochirurgie
- Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie

Flexiblere Ultraschallkurse

Mit der Anpassung der USV wurden Möglichkeiten geschaffen, die Ultraschallkurse zu flexibilisieren. So ist es nun auch möglich, dass – neben Abschlusskursen – auch Aufbaukurse in Modulform angeboten und absolviert werden können. Außerdem können für die Anwendungsbereiche 3.3 (Schilddrüse, B-Modus), 5 (Thorax, B-Modus) und 7 (Abdomen, B-Modus) auch die Aufbaukurse interdisziplinär durchgeführt werden, nicht nur die Grundkurse. Für den neuen Anwendungsbereich 23.1 ist, alternativ zu einem speziellen Grundkurs, auch die Teilnahme an einem interdisziplinären Grundkurs Gefäßdiagnostik möglich.

Alle Informationen im Überblick sowie die neue Version der Ultraschallvereinbarung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung* Buchstabe „S“ unter „Sonographie“ (Ultraschalldiagnostik).

Ultraschallscreening auf Bauch- aortenaneurysmen

Die Durchführung des Ultraschallscreenings auf Bauch- aortenaneurysmen und die Abrechnung der dazugehörigen Gebührenordnungsposition 01748 ist nun auch möglich, wenn eine Genehmigung für den Anwendungsbereich 20.10 (Duplexverfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum) und die Anwendungsklasse 20.9 (Gefäße des Abdomens, Retroperitoneums und Mediastinum, Duplex) vorliegt.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter E-Mail: Sono-GWE@kvb.de

