

KVBIINFOS 01|21

ABRECHNUNG

- 2 Die nächsten Zahlungstermine
- 2 Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2020
- 4 HVM ab 1. Juli 2020, 1. Oktober 2020 sowie 1. Januar 2021
- 6 BÉGO ab 1. Januar 2021
- 6 EBM-Änderungen – Quartale 4/2020 und 1/2021
- 9 Vorgeburtliche Bestimmung des Rhesusfaktors

VERORDNUNG

- 10 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 10 Heilmittel-Richtlinie erst ab 1. Januar 2021
- 10 Austausch von Biologika
- 11 Psychotherapeuten können Ergotherapie verordnen

ALLGEMEINES

- 11 DocOnLine: Pilotprojekt zur Videosprechstunde

HINWEIS ZU KVB-SEMINAREN

Bitte beachten Sie, dass aufgrund der derzeitigen Corona-Pandemie vorerst keine Präsenztermine stattfinden können, weshalb auch die Zustellung unserer alljährlichen Seminarbroschüre in 2021 für die Praxen entfällt. Wir haben für Sie allerdings eine Reihe von interessanten KVB Online-Seminaren für das neue Jahr zusammengestellt.

Die Termine sowie die komfortable Online-Anmeldung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Fortbildung/Terminsuche*.

Die nächsten Zahlungstermine

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

10. Dezember 2021
Abschlagszahlung November 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

HVM ab 1. Juli 2020, 1. Oktober 2020 sowie 1. Januar 2021

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

Die Vertreterversammlung der KV Bayerns hat am 21. November 2020 Änderungen im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) mit Wirkung ab 1. Juli 2020, 1. Oktober 2020 beziehungsweise 1. Januar 2021 beschlossen. Die bestehende HVM-Systematik aus Fachgruppentöpfen, Leistungstöpfen und einer Obergrenze aus Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) wird beibehalten. Fortgeführt wird auch die Systematik mit vor Jahresbeginn mitgeteilten kalkulatorischen Jahresfallwerten und den aktuellen Fallzahlen als grundsätzliche Basis für die Berechnung der Obergrenze.

Hier ein Überblick über die wichtigsten praxisrelevanten Änderungen:

I. Antrag auf Corona-Ausgleichszahlung 3/2020

Im Quartal 3/2020 konnte in den Praxen zum größten Teil zum Regelbetrieb zurückgekehrt werden. Aber auch in diesem Quartal kann es sein, dass einzelne Praxen weiterhin von den Auswirkungen der Pandemie stärker betroffen sind. Aus diesem Grund wird der „Corona-Schutzschirm“ auch im Quartal 3/2020 fortgeführt. Aufgrund der geänderten Rahmenbedingungen ist im Quartal 3/2020 allerdings keine automatische Umsetzung der Ausgleichszahlungen mehr vorgesehen, sondern ein Antrag erforderlich.

Wichtig: Damit ändert sich im Quartal 3/2020 das Vorgehen. Sollten Sie im Quartal 3/2020 eine Ausgleichszahlung benötigen, beachten Sie daher bitte Folgendes:

- Im Quartal 3/2020 erfolgt keine automatische Umsetzung des „Corona-Schutzschirms“.

- Für einzelne Praxen, die stärker davon betroffen sind, dass Patienten coronabedingt den Praxen ferngeblieben sind beziehungsweise die Patienteninanspruchnahme nicht im gewohnten Umfang erfolgt ist, besteht aber die Möglichkeit, einen Antrag auf Ausgleichszahlungen zu stellen.
- Für den Antrag sollten Sie den Honorarbescheid 3/2020 abwarten und prüfen, ob für Ihre Praxis Bedarf einer Ausgleichszahlung besteht.
- Der Antrag ist dann **spätestens einen Monat** nach Bekanntgabe des Honorarbescheids 3/2020 zu stellen.
- Ein Antragsformular (inklusive Erklärung zur Kausalität und Meldung für Entschädigungszahlungen) wird rechtzeitig zum Versand des Honorarbescheids 3/2020 unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Ausgleich Corona* zur Verfügung gestellt.

II. „Corona-Zuschlag“ (Nr. 97240) – Quartale 4/2020 und 1/2021

Die Vertreterversammlung hat für die Quartale 4/2020 und 1/2021 einen „Corona-Zuschlag“ für die Praxen beschlossen, die symptomatische Patienten versorgen:

Bei einem durch die Kennnummer 88240 gekennzeichneten begründeten klinischen Verdacht auf eine Infektion oder einer nachgewiesenen Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) wird ein **Zuschlag (Nr. 97240) zur Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in Höhe von 10,- Euro** gewährt. Dies gilt nicht für GOP 12220 und 12221 EBM.

Die Leistungen für die betroffenen Corona-Patienten werden von Ihnen bereits heute mit der Kennnummer 88240 (bei begründetem klinischen Verdacht auf eine Infektion oder einer nachgewiesenen Infektion mit SARS-CoV-2) gekennzeichnet. Der Zuschlag (Nr. 97240) wird dann von der KV automatisch bei der Abrechnung zugesetzt.

III. Kalkulatorische Fallwerte 2021

Aufgrund der erheblichen Veränderungen der Fallzahlen infolge der Corona-Pandemie war eine reguläre Fallwertermittlung nicht möglich. Aus diesem Grund werden die für 2020 geltenden kalkulatorischen Fallwerte für 2021 fortgeschrieben. Die Anpassung des Orientierungswerts wurde dabei berücksichtigt.

Sie finden die kalkulatorischen Fallwerte 2021 unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.21/Fallwerte/Fallzahlen/Quoten*.

IV. Aussetzung RLV-Fallzahlzuwachsbeschränkung 1/2021 und 2/2021

Im HVM ist unter bestimmten Voraussetzungen eine **RLV-Fallzahlzuwachsbeschränkung** vorgesehen. Die Regelung knüpft dabei an die Fallzahlen des jeweiligen Vorjahresquartals an. Da die Fallzahlen jedenfalls in den ersten beiden Quartalen des Jahres 2020 coronabedingt niedriger sind, als sie unter regulären Umständen wären, wird die RLV-Fallzahlzuwachsbeschränkung in den Quartalen 1/2021 und 2/2021 ausgesetzt.

V. Fachgruppenspezifische Änderung ab 1/2021: Fachärzte für Strahlentherapie

Zusammen mit der Neustrukturierung des Kapitels 25 EBM wurde vom Bewertungsausschuss (BA) auf Bundesebene beschlossen, die Leistungen der Strahlentherapie zeitlich begrenzt für zwei Jahre innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergüten. Die Vergütung erfolgt aus einem Leistungstopf mit einer Quotierungsuntergrenze von 85 Prozent. Werden im jeweiligen Abrechnungsquartal von allen Ärzten zusammen mehr Leistungen abgerechnet, als in diesem Leistungstopf Finanzmittel zur Verfügung stehen, können die Leistungen nur noch quotiert ausgezahlt werden.

Die Fachgruppe der Strahlentherapeuten wurde über die Änderungen (EBM und HVM) in einem ausführlichen Rundschreiben informiert.

VI. Weitere Informationen (Informationsbroschüren, HVM-Text und KBV-Vorgaben)

Honorar- und Ergänzungsbroschüre

Allgemeine Informationen zum HVM finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.21*. Dort finden Sie auch die Online-Fassungen der Honorarbrochure „Erläuterungen zum Honorarverteilungsmaßstab der KVB“ sowie der „Ergänzungsbroschüre QZV und Leistungen außerhalb RLV und QZV“.

HVM-Text und Vorgaben der KBV

Den HVM-Text finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/Buchstabe „H“/Honorarverteilungsmaßstab*.

Bei der Gestaltung des HVM sind zudem die „Vorgaben der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung“ (KBV-Vorgaben) zu beachten. Sie finden die KBV-Vorgaben unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/weitere Rechtsquellen* als Lesefassungen sowie die entsprechenden (Änderungs-) Beschlüsse. Zudem ist dort aufgeführt, ab wann die jeweiligen KBV-Vorgaben gültig sind. Auf unserer Internetseite finden Sie direkt im Anschluss an die HVM-Textfassung einen Link auf die Website der KBV.

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

B€GO ab 1. Januar 2021

Die vertragsärztlichen Leistungen werden nach der regionalen **bayerischen Euro-Gebührenordnung (B€GO)** vergütet. Grundlage der B€GO ist der vom Bewertungsausschuss beschlossene Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), in dem der Inhalt der ärztlichen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander festgelegt sind.

Aus dem EBM für ärztliche Leistungen und dem regionalen Punktwert ergibt sich die bayerische Gebührenordnung mit Euro-Preisen. Regional - das heißt zwischen KVB und den Krankenkassen in Bayern - wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2021 ein einheitlicher bayerischer Punktwert in Höhe von 11,1244 Cent abgestimmt. Der bayerische Punktwert entspricht dem vom Bewertungsausschuss auf Bundesebene festgelegten Orientierungswert zum 1. Januar 2021.

Veröffentlichung der B€GO im Internet

Die neue Bayerische Euro-Gebührenordnung stellen wir Ihnen ausschließlich unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/B€GO-EBM* bereit. Sofern Sie keinen Internetzugang besitzen oder Ihnen technische Probleme den Zugriff auf die von uns im Internet bereitgestellten Informationen verwehren, können Sie die Bayerische Euro-Gebührenordnung natürlich auch auf CD per E-Mail unter info@kvb.de oder telefonisch unter 0 89 / 5 70 93 - 4 00 10 kostenlos bei uns 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

EBM-Änderungen – Quartale 4/2020 und 1/2021

Der Bewertungsausschuss hat rückwirkend zum 1. Oktober 2020 (533. Sitzung), zum 15. November 2020 (530. Sitzung) sowie zum 1. Januar 2021 (527., 531., 534. und 536. 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.

TumortheraPIefelder zur Behandlung des Glioblastoms

Beschluss aus der 530. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 20. März 2020 den Einsatz von TumortheraPIefeldern beim Glioblastom (TTF) als neue Behandlungsmethode in die Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ aufgenommen. Dieser Beschluss ist am 23. Mai 2020 in Kraft getreten. Der Bewertungsausschuss hat nun in seiner 530. Sitzung noch kurzfristig mit Wirkung zum 15. November 2020 die Aufnahme neuer Gebührenordnungspositionen für die Behandlung von Patienten mit TTF in den EBM beschlossen.

Indikation für die TTF

Die Methode darf bei Patienten mit einem neu diagnostizierten Glioblastom erbracht werden, wenn nach Abschluss der Radiochemo-

therapie keine frühe Krankheitsprogression nachgewiesen wurde. Die TTF-Behandlung beginnt zusätzlich zur Standardtherapie in der Erhaltungsphase und kann bis zum zweiten Rezidiv angewendet werden.

Neue Gebührenordnungspositionen für die TTF

Für die Behandlung eines Patienten mit TTF werden drei neue Gebührenordnungspositionen (GOPen) in den Abschnitt 30.3.2 EBM aufgenommen (siehe Tabelle auf der nächsten Seite).

Die **Leistung der Ausrichtung der TTF** wird vor dem Hintergrund der in Deutschland bisher nicht zugelassenen Ausrichtungssoftware derzeit vom Hersteller übernommen.

Zur Durchführung des Einsatzes von TTF müssen die Eckpunkte der Qualitätssicherung gemäß Paragraf 3 der Anlage I Nummer 34 „TumortheraPIefelder beim Glioblastom“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung erfüllt werden. Sie finden die Richtlinie sowie den Beschluss des G-BA unter <https://www.g-ba.de/richtlinien>.

Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme der GOPen 30310, 30311 und 30312 werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst. Die GOPen werden als Ausschlussleistung zu den Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) mit „*“ ausgewiesen.

Verordnung

Die Verordnung der Geräte zur Anwendung von TTF erfolgt über das

Muster 16 für die Hilfsmittelverordnung. Die Angabe einer Hilfsmittelpositionsnummer entfällt, da das Hilfsmittel nicht gelistet ist. Verordnen Sie auf dem Vordruck „Tumor Therapiefelder Optune“ unter Angabe der Indikation. Der Patient reicht die Verordnung zunächst bei seiner Krankenkasse zur Genehmigung ein.

Medizinprodukt TTF

Der derzeit einzige Hersteller des Geräts zur Anwendung von TTF ist

die Firma Novocure. Das angebotene Leistungspaket „Optune“ umfasst:

- monatliche Miete des Geräts mit Zubehör
- Transducer Arrays entsprechend Bedarf
- Serviceleistung:
 - technische Einweisung und Schulung
 - technische Unterstützung und Wartung
 - Download und Aufbereitung der Therapiedaten

Vergütung

Für die neu in den EBM aufgenommenen GOPen 30310, 30311 und 30312 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	Bewertung
30310	Indikationsstellung zur Behandlung eines Patienten mit TTF	<ul style="list-style-type: none"> ■ einmal im Krankheitsfall ■ berechnungsfähig von: <ul style="list-style-type: none"> ■ Fachärzten für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie ■ Fachärzten für Neurologie ■ Fachärzten für Nervenheilkunde ■ Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie ■ Fachärzten für Neurochirurgie ■ Fachärzten für Strahlentherapie 	128 Punkte/ 14,24 Euro
30311	Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit TTF	<ul style="list-style-type: none"> ■ einmal im Behandlungsfall ■ berechnungsfähig von: <ul style="list-style-type: none"> ■ Fachärzten für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie ■ Fachärzten für Neurologie ■ Fachärzten für Nervenheilkunde ■ Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie ■ Fachärzten für Neurochirurgie ■ Fachärzten für Strahlentherapie ■ im Arztfall nicht neben der Zusatzpauschale hämatologische, onkologische, immunologische Erkrankung (GOP 13500) berechnungsfähig 	235 Punkte/ 26,14 Euro
30312	Zusatzpauschale für die Entscheidung über die Ausrichtung von TTF	<ul style="list-style-type: none"> ■ bis zu dreimal im Behandlungsfall ■ berechnungsfähig von: <ul style="list-style-type: none"> ■ Fachärzten für Neurologie ■ Fachärzten für Nervenheilkunde ■ Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie ■ Fachärzten für Neurochirurgie ■ Fachärzten für Strahlentherapie 	65 Punkte/ 7,23 Euro

Kinder- und Jugendpsychiatrie – Weiterbehandlung von Patienten über 21 Jahren

Beschluss aus der 533. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Im Rahmen der EBM-Weiterentwicklung zum 1. April 2020 wurde in der Präambel des Kapitels 14 die Berechnungsfähigkeit der kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen bis zum vollendeten 21. Lebensjahr geregelt. Mit Wirkung zum 1. Oktober 2020 erfolgte vom Bewertungsausschuss die Klarstellung, dass Versicherte jenseits des vollendeten 21. Lebensjahres behandelt werden dürfen, sofern es sich um eine **Fortführung einer bereits vor dem 21. Lebensjahr begonnenen Behandlung** handelt. Diese Fälle sind **in der Abrechnung besonders zu begründen**.

Wichtig: Den Grund, weshalb im Einzelfall eine Behandlung über das vollendete 21. Lebensjahr notwendig war, tragen Sie bitte unmittelbar zur kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Grundpauschale 14211 in das Feld „Freier Begründungstext“ (Feldkennung 5009) ein.

Früherkennung Zervixkarzinomen – Anpassung Berechnungsausschluss

Beschluss aus der 534. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Mit Wirkung zum 1. Januar 2021 wird der Abrechnungsausschluss zwischen der klinischen Untersuchung mit Abstrichentnahme (GOP 01761) im Rahmen der Früherkennung auf Zervixkarzinome nach der organisierten Krebsfrüherkennungs-

Richtlinie und der klinischen Untersuchung ohne Abstrichentnahme (GOP 01760) nach der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie von „Krankheitsfall“ (aktuelles Quartal und drei Folgequartale) auf „Kalenderjahr“ geändert. Mit dieser Änderung erfolgt eine Anpassung im Sinne der Richtlinie des G-BA.

Zur Verdeutlichung der Änderung folgendes Beispiel:

Eine Patientin (ab 35 Jahren) war im Quartal 2/2020 zum kombinierten Zervixkarzinomscreening (GOP 01761) in der Praxis. Kommt diese Patientin im Quartal 1/2021 zur Früherkennungsuntersuchung nach GOP 01760, wäre diese im Quartal 1/2021 durch den bisherigen Ausschluss im Krankheitsfall nicht berechnungsfähig. Mit der Änderung des Abrechnungsausschlusses auf Kalenderjahr ist die GOP 01760 im Quartal 1/2021 nun berechnungsfähig.

Weitere Informationen zur Früherkennung von Zervixkarzinomen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Buchstabe „Z“/Zervixkarzinomen (Programm zur Früherkennung)*.

Anhang 2 EBM – Neuaufnahme, Änderung und Löschung von OPS-Codes

Beschluss aus der 527. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Der Anhang 2 zum EBM wird mit Wirkung zum 1. Januar 2021 an die Version 2021 des Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) angepasst. In den Anhang 2 zum EBM wurden neue OPS-Codes aufgenommen, Änderungen an OPS-

Codes vorgenommen und OPS-Codes gestrichen.

Die Übersichten über die neu aufgenommenen, geänderten und gestrichenen OPS-Codes finden Sie auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter <https://institut-ba.de> in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse beim Beschluss aus der 527. Sitzung.

Altersgrenzen geschlechtsbezogener GOPen bei Inter- und Transsexualität

Beschluss aus der 536. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Betreffend die Berechnungsfähigkeit geschlechtsspezifischer Gebührenordnungspositionen bei Inter- und Transsexualität wurden zur Anpassung an das Personenstandsgesetz zuletzt im Juli 2019 klarstellende Regelungen in den Allgemeinen Bestimmungen 4.2.1 des EBM aufgenommen. Regelungsbedarf bestand noch für die Berechnungsfähigkeit solcher Gebührenordnungspositionen mit geschlechtsneutralem Inhalt, die von allen Geschlechtern in Anspruch genommen werden dürfen, deren Anspruchszeitpunkt sich aber nach dem Geschlecht des Versicherten richtet (wie zum Beispiel Früherkennungskoloskopie nach GOP 01741: Für Männer ab einem Alter von 50 Jahren möglich, für Frauen erst ab einem Alter von 55 Jahren).

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 536. Sitzung mit Wirkung zum 1. Januar 2020 beschlossen, dass in diesen Fällen intersexuelle und transsexuelle Personen ab der niedrigeren Altersgrenze anspruchsberechtigt sind. Dies wurde

Vorgeburtliche Bestimmung des Rhesusfaktors

von der KVB bereits bei der Abrechnung berücksichtigt.

Hinweise zur Abrechnung

- Der ICD-10-Code für **Intersexualität oder Transsexualität** ist in der Abrechnung anzugeben (Feldkennung 6001 beziehungsweise 3673), sofern die personenstandsrechtliche Geschlechtszuordnung nicht dem anspruchsberechtigten Geschlecht entspricht.
- Ist bei den genannten Personen **nicht** die Kennzeichnung „X“ für das unbestimmte Geschlecht oder die Kennzeichnung „D“ für das diverse Geschlecht auf der elektronischen Gesundheitskarte eingetragen, ist zusätzlich zu der angerechneten Leistung die **bundeseinheitliche Kennzeichnungsnummer 88150** in der Abrechnung einzutragen.
- Die Notwendigkeit einer medizinischen Begründung wurde gestrichen.

Verordnung psychiatrische häusliche Krankenpflege

Beschluss aus der 531. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Mit Wirkung zum 1. Januar 2021 können psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durch die Aufnahme der Gebührenordnungspositionen 01422 und 01424 in die Präambel 23.1 Nr. 6 EBM die Verordnungsleistungen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege abrechnen.

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

Schwangeren mit rhesus-negativem Blutgruppenmerkmal wird zukünftig ein sicheres Verfahren zur Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors aus mütterlichem Blut zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angeboten. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 20. August 2020 die Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors bei Rhesus-negativen Schwangeren mittels nicht-invasivem Pränataltest (NIPT-RhD) in die Mutterschafts-Richtlinie aufgenommen. Der Beschluss zur Änderung der Mutterschafts-Richtlinie ist am 24. November 2020 in Kraft getreten.

Rhesus-negativen Schwangeren mit einer Einlingsschwangerschaft soll zur Vermeidung einer unnötigen Anti-D-Prophylaxe die Möglichkeit einer vorgeburtlichen Bestimmung des kindlichen Rhesusfaktors angeboten werden. Der NIPT-RhD soll frühestens ab der zwölften Schwangerschaftswoche zur Anwendung kommen und es dürfen nur solche Tests verwendet werden, deren hohe Testgüte durch Studien belegt ist. Näheres hierzu ist in der Richtlinie geregelt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) stellt auch eine Versicherteninformation zur Verfügung.

Qualifikation

Da es sich bei der vorgeburtlichen Rhesusfaktorbestimmung aus der Blutprobe der Schwangeren um eine genetische Untersuchung handelt, gelten für die Aufklärungs- und Beratungsverpflichtungen der Gynäkologen die Vorgaben des Gendiagnostikgesetzes. Voraussetzung ist die Qualifikation „fachgebundene genetische Beratung“ (72-Stunden-Curriculum bezie-

hungweise das Äquivalent die sogenannte „große Wissenskontrolle“).

Abrechnung erst nach Aufnahme einer Leistung in den EBM möglich

Der NIPT-RhD kann erst dann als Leistung der GKV erbracht und abgerechnet werden, wenn entsprechende Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen wurden. Für die Anpassung des EBM hat der Bewertungsausschuss bis zu sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinie Zeit.

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

Sie finden die Mutterschafts-Richtlinie sowie den Beschluss auf der Internetseite des G-BA unter www.g-ba.de in der Rubrik Informationsarchiv/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

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

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

Zur Anlage V, verordnungsfähige Medizinprodukte

- Amvisc™ – Befristung der Verordnungsfähigkeit bis 26. Mai 2024
- Amvisc™ Plus – Befristung der Verordnungsfähigkeit bis 26. Mai 2024
- Bausch & Lomb Balanced Salt Solution – Befristung der Verordnungsfähigkeit bis 26. Mai 2024
- BSS® STERILE SPÜLLÖSUNG – Befristung der Verordnungsfähigkeit bis 26. Mai 2024
- BSS PLUS® – Befristung der Verordnungsfähigkeit bis 26. Mai 2024
- DuoVisc® – Befristung der Verordnungsfähigkeit bis 26. Mai 2024
- OcuCoat® – Befristung der Verordnungsfähigkeit bis 26. Mai 2024
- Oxane® 1300 – Befristung der Verordnungsfähigkeit bis 26. Mai 2024
- Oxane® 5700 – Befristung der Verordnungsfähigkeit bis 26. Mai 2024
- ProVisc® – Befristung der Verordnungsfähigkeit bis 26. Mai 2024
- VISCOAT® – Befristung der Verordnungsfähigkeit bis 26. Mai 2024

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

Heilmittel-Richtlinie erst ab 1. Januar 2021

Wir haben Sie bereits über wichtige Änderungen der Heilmittel-Richtlinie informiert. Auch darüber, dass diese erst zum 1. Januar 2021 und nicht wie ursprünglich vorgesehen schon am 1. Oktober 2020 gültig wurden. Hintergrund der Verzögerung ist, dass nicht sichergestellt werden konnte, dass alle Softwarehäuser rechtzeitig bis zum 1. Oktober die neuen Vorgaben der überarbeiteten Heilmittel-Richtlinie korrekt umsetzen und bereitstellen.

Alle wesentlichen Änderungen und Neuerungen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell*.

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

Austausch von Biologika

Mit dem Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) wurde in Paragraf 129 Absatz 1a Satz 3 SGB V bestimmt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Hinweise zur Austauschbarkeit biologischer Referenzarzneimittel durch im Wesentlichen gleiche biotechnologisch hergestellte Biologika (Biosimilars) zu geben habe. Dem ist der G-BA mit Beschluss vom 20. August 2020 mit einem neuen Paragrafen 40a in der Arzneimittel-Richtlinie nachgekommen. Alle wichtigen Details lesen Sie in unserem „Verordnung Aktuell“ zum „Austausch von biotechnologisch hergestellten biologischen Arzneimitteln“.

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

Psychotherapeuten können Ergotherapie verordnen

Ab 1. Januar 2021 können Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auch Ergotherapie verordnen – allerdings nur bei psychischen Erkrankungen sowie bei bestimmten Erkrankungen des zentralen Nervensystems und bei Entwicklungsstörungen.

Eine umfangreiche Information „Verordnung einer Ergotherapie ab 1. Januar 2021“ für alle Psychotherapeuten steht unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell* zum Download bereit.

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

DocOnLine: Pilotprojekt zur Videosprechstunde

Das Pilotprojekt DocOnLine der KVB ist nun gestartet. Darin sollen Versicherte im Akutfall die Möglichkeit erhalten, Kontakt zu einem Videokonsultationsarzt aufnehmen zu können. Vermittelt werden diese Termine über die Servicenummer des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes 116117.

Für die Umsetzung wurde der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierte Videodienstleister WoMBA GmbH ausgewählt, der den teilnehmenden Videokonsultationsärzten für eine Projektlaufzeit von maximal zwölf Monaten kostenfrei zur Verfügung gestellt wird. Das Angebot steht den Praxen bis Ende 2021 zur Verfügung.

Es können bis zu 100 Videokonsultationsärzte an dem Projekt teilnehmen. Diese erhalten für jeden Arzt-Patienten-Kontakt einen extra-budgetären Zuschlag in Höhe von 15 Euro.

Informationen zu den Möglichkeiten der Teilnahme, zu den Teilnahmevoraussetzungen sowie die Teilnahmeanträge finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Vergütungsverträge/D/DocOnLine*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11

