

# KVBIINFOS 12|21

## ABRECHNUNG

- 178 Die nächsten Zahlungstermine
- 178 Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2021
- 181 EBM-Detail-Änderungen mit Wirkung zum 1. Januar 2022
- 182 Bayerische Euro-Gebührenordnung (B€GO) ab 1. Januar 2022
- 182 GOP 01640: Änderung der Bewertung
- 183 PET/CT künftig in allen Stadien des Hodgkin-Lymphoms GKV-Leistung
- 183 Änderung Bewertung Kostenpauschale 40681
- 184 Neuerungen in der Psychotherapie ab 1. Oktober 2021

## VERORDNUNG

- 189 Wirkstoffvereinbarung – neue „Arbeitslisten“
- 189 Häusliche Krankenpflege – Wundversorgung

## QUALITÄT

- 190 Neues Zweitmeinungsverfahren „Eingriffe an der Wirbelsäule“

## HINWEIS ZU KVB-SEMINAREN

Aktuell planen wir gerade die Seminartermine für das Jahr 2022. Unser Seminarangebot für nächstes Jahr finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Service/Fortbildung* unter Terminsuche. Dort können Sie sich außerdem sofort online anmelden. Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme.

## Die nächsten Zahlungstermine

**10. Dezember 2021**  
Abschlagszahlung November 2021

**11. Januar 2022**  
Abschlagszahlung Dezember 2021\*

**31. Januar 2022**  
Restzahlung 3/2021

**10. Februar 2022**  
Abschlagszahlung Januar 2022

**10. März 2022**  
Abschlagszahlung Februar 2022

**11. April 2022**  
Abschlagszahlung März 2022

**29. April 2022**  
Restzahlung 4/2021

**10. Mai 2022**  
Abschlagszahlung April 2022

**10. Juni 2022**  
Abschlagszahlung Mai 2022

**11. Juli 2022**  
Abschlagszahlung Juni 2022

**29. Juli 2022**  
Restzahlung 1/2022

**10. August 2022**  
Abschlagszahlung Juli 2022

**12. September 2022**  
Abschlagszahlung August 2022

**10. Oktober 2022**  
Abschlagszahlung September 2022

**31. Oktober 2022**  
Restzahlung 2/2022

**10. November 2022**  
Abschlagszahlung Oktober 2022

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

## Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2021

### Abrechnungsabgabe

Wann?	Einreichung bis spätestens <b>Montag, den 10. Januar 2022</b>
Wie?	online
Wo?	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ über Service „Honorar &amp; Abrechnung“ oder</li> <li>■ über den Kommunikationskanal KV-Connect</li> </ul>
Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Die Abrechnung muss vollständig und korrekt sein.</li> <li>■ Persönliche Leistungserbringung qualifikationsgebundener Leistungen insbesondere bei angestellten Ärztinnen und Ärzten, in Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren.</li> <li>■ Sammelerklärung</li> </ul>
Termin verpasst?	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sollten Sie einmal den Termin nicht einhalten können, besteht die Möglichkeit, eine Fristverlängerung online über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ unter Service „Honorar &amp; Abrechnung“ mit dem Suchbegriff „Fristverlängerung der Quartalsabrechnung“ zu beantragen. Hierbei erhalten Sie eine vom System generierte Eingangsbestätigung/Genehmigung.</li> <li>■ Auch weiterhin möglich: Unter der E-Mail-Adresse <a href="mailto:Terminverlaengerung@kvb.de">Terminverlaengerung@kvb.de</a> können Sie eine Verlängerung der Abgabefrist mit Begründung beantragen.</li> </ul>
Wichtig	Eine mögliche Verlängerung der Abgabefrist bezieht sich nur auf die Abrechnung nicht bereits verjährter Fälle und nicht auf die elektronische Dokumentation der Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen der KVB.
Empfangsbestätigung	Über den Eingang Ihrer Abrechnungsunterlagen können Sie eine Empfangsbestätigung unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 - 6 87 80 anfordern.

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

Wir empfehlen vor Übermittlung Ihrer Abrechnung die Durchsicht der in Ihrer Praxissoftware durch das KBV-Prüfmodul erzeugten GNR-Statistik (also der Aufstellung/Übersicht aller abgerechneten Gebührennummern/Leistungspositionen) und gegebenenfalls der Fallstatistik. Dadurch verschaffen Sie sich einen schnellen Überblick und haben noch die Möglichkeit, eventuell erforderliche Korrekturen oder Ergänzungen vor der Übermittlung der Abrechnung vorzunehmen.

**Korrekturen und/oder Ergänzungen nach Übermittlung der Abrechnung**

Korrekturen notwendig?	Bitte senden Sie uns Ihre Korrekturwünsche <b>umgehend</b> zu.
Frist für Korrekturen	Sofern uns Ihr Korrekturwunsch <b>innerhalb eines Monats nach dem offiziellen Abrechnungs-abgabetermin</b> erreicht, können wir die Änderungen noch aktuell in Ihrer Abrechnung berücksichtigen.
Frist verpasst?	Nach den Abrechnungsbestimmungen kann <b>ausnahmsweise innerhalb eines Monats nach Erhalt des Honorarbescheids</b> und der Richtigstellungsmitteilung eine Berichtigung/ Ergänzung der Abrechnung noch beantragt werden, sofern <ul style="list-style-type: none"> <li>■ die eingereichte Abrechnung objektiv erkennbar unzutreffend ist und</li> <li>■ die Nichtvergütung der betroffenen Leistungen einen Honorarverlust zur Folge hätte, der einen unverhältnismäßigen Eingriff in den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes darstellen würde.</li> </ul>
Anschrift	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns „Abrechnungskorrekturen“ Vogelsgarten 6 90402 Nürnberg

Die Gesamtversion der Abrechnungsbestimmungen finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/Buchstabe „A“*.

**Sammelerklärung**

Sammel- erklärung	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Im Mitgliederportal „Meine KVB“ unter Service „Honorar &amp; Abrechnung“ wird ein personalisiertes Formular der Sammelerklärung zum Download zur Verfügung gestellt, das Sie bitte ausdrucken, unterschreiben und auf dem Postweg an die KVB senden.</li> <li>■ Das Herunterladen ist auch als eigenständiger Vorgang möglich (unabhängig davon, ob gleichzeitig eine Datei eingereicht werden soll oder nicht).</li> <li>■ Die Einreichung der Sammelerklärung an die KVB in Papierform ist aufgrund der erforderlichen Originalunterschrift(en) weiterhin notwendig.</li> </ul>
Wichtig	Die Abgabe der Sammelerklärung mit Garantiefunktion ist Voraussetzung für die Entstehung des Honoraranspruchs des einzelnen Vertragsarztes (BSG, Urteil vom 17. September 1997, 6 RKA 86/95 Rn 19f.). <b>Fehlt</b> die ordnungsgemäße <b>Sammelerklärung</b> , darf die KVB die „abgerechneten“ Leistungen nicht vergüten, da <b>kein Honoraranspruch</b> entstanden ist.

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

### Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg

Zusätzliche Unterlagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ unterschriebene Sammelerklärung</li> <li>■ zum Beispiel Scheine der Bayerischen Bereitschaftspolizei etc. siehe Merkblatt „Abrechnung Besondere Kostenträger“</li> <li>■ gegebenenfalls Sachkostenrechnungen inklusive Deckblatt Rechnungseinreichung Sachkosten</li> </ul>
Anschrift für Briefsendungen	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns „Quartalsabrechnung“ 93031 Regensburg
Anschrift für Päckchen/Pakete	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Yorckstraße 15 93049 Regensburg
Wichtig	Bitte vergessen Sie nicht, den Arztstempel einschließlich der Betriebsstättennummer auf den eingereichten Unterlagen sowie dem Briefumschlag anzubringen.
Fragen zur Einreichung der Abrechnung	Bei Fragen erreichen Sie uns unter Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Zur besseren Übersicht über die einzureichenden Scheine steht Ihnen das Merkblatt „Abrechnung Besondere Kostenträger“ unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Abrechnung/Erstellung-Abgabe-Korrektur/Besondere Kostenträger* zur Verfügung. Es ist erforderlich bei der Einreichung von Sachkostenrechnungen ein entsprechendes Deckblatt mit beizufügen. Dieses steht Ihnen unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Abrechnung/Vergütungsverträge/Buchstabe „S“/Sachkostenerstattung* - im Kästchen „Formulare“ zur Verfügung.

### Sonstige Abrechnungen mit separaten Einreichungsterminen

Corona-Impfungen in Impfzentren (nicht in der eigenen Praxis)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Die Abrechnung von Corona-Impfungen, die Sie in Impfzentren durchführen, erfolgt ausschließlich mit einer Online-Anwendung über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ unter Service „Honorar &amp; Abrechnung“ mit dem Suchbegriff „Corona-Impfabrechnung“.</li> <li>■ Bitte beachten Sie, dass diese Abrechnungen monatlich bis zum 15. des auf die Tätigkeit folgenden Monats erfolgen müssen!</li> </ul>
Infos zu Corona-Impfungen in Impfzentren	Ausführliche Informationen finden Sie in unserer „Anleitung zur Corona-Impfabrechnung über ‚Meine KVB‘“ oder unter <a href="http://www.kvb.de">www.kvb.de</a> in der Rubrik <i>Praxis/Qualität/Hygiene und Infektionsprävention/Infektionsschutz/Coronavirus</i> .
Notarzteinsätze über emDoc	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Eine Besonderheit stellt die Einreichung und Abrechnung von Notarzteinsätzen über emDoc dar. Mit emDoc können Sie Ihre Fälle laufend zur Abrechnung einreichen. Alle bis zum jeweiligen Abrechnungslauf eingereichten Fälle werden berücksichtigt.</li> <li>■ Die Anwendung startet im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ unter Service „Honorar &amp; Abrechnung“ mit dem Suchbegriff „Notarzt-Abrechnung anlegen“.</li> <li>■ 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.</li> </ul>
Fragen/Infos zu emDoc?	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 <a href="mailto:emDoc@kvb.de">emDoc@kvb.de</a>

## EBM-Detail-Änderungen mit Wirkung zum 1. Januar 2022

Der Bewertungsausschuss (BA) hat in seiner 561., 570. und 574. Sitzung Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) zum 1. Januar 2022 beschlossen.

Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter [www.institut-des-bewertungsausschusses.de](http://www.institut-des-bewertungsausschusses.de) in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Sie stehen unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

### **Humangenetik: GOPen 11449, 11449V und 11304 ab 1. Januar 2022 nicht mehr berechnungsfähig**

*Beschluss aus der 561. Sitzung des Bewertungsausschusses*

Wir haben Sie in den KVB INFOS, Ausgabe 7/2021, über die befristete Wiederaufnahme des genehmigungspflichtigen Zuschlags für eine Erweiterung der indikationsbezogenen Diagnostik nach der Gebührenordnungsposition (GOP) 11449 beziehungsweise 11449V und des ärztlichen Gutachtens nach GOP 11304 für den Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2021 informiert. Nach Ablauf des krankheitsfallbezogenen Berechnungszusammenhangs mit den definierten Grundleistungen werden die GOPen 11449, 11449V und 11304 ab 1. Januar 2022 gestrichen und können ab diesem Zeitpunkt nicht mehr abgerechnet werden.

### **Verlängerung von Gebührenordnungspositionen für die nicht-elektronische Kommunikation**

*Beschluss aus der 570. Sitzung des Bewertungsausschusses*

Die Befristungen der Zuschläge für Laborärzte und Transfusionsmediziner zur Vergütung nicht-elektronischer Kommunikation (GOPen 01699 und 12230) werden bis zum 31. Dezember 2022 verlängert. Über die ursprünglich bis zum 31. Dezember 2021 befristete Aufnahme haben wir Sie in den KVB INFOS, Ausgabe 4/2021, informiert. Beide GOPen werden bei Vorliegen der Voraussetzungen automatisch von der KVB zugesetzt.

### **Labor: Anpassung GOP 32557 um den Wirkstoff Isatuximab**

*Beschluss aus der 574. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) des Bewertungsausschusses*

Im Rahmen der frühen Nutzenbewertung bestätigte der Gemeinsame Bundesausschuss jüngst den Zusatznutzen des Wirkstoffs Isatuximab in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason zur Behandlung des Multiplen Myeloms bei Erwachsenen, die mindestens eine vorausgegangene Therapie erhalten haben.

Die Therapie mit Isatuximab (Sarclisa®) kann ebenso wie die Therapie mit Daratumumab (Darzalex®) zu Interferenzen bei Blutkompatibilitätstests führen, die in der transfusionsmedizinischen Versorgung

eine aufwendige Vorbehandlung von Test- beziehungsweise Spendererythrozyten mittels Dithiothreitol (DTT) erfordern.

Mit dem vorliegenden Beschluss wird die Leistungslegende der GOP 32557 um den Wirkstoff Isatuximab zum 1. Januar 2022 erweitert.

### **EBM-Detailänderungen**

*Beschluss aus der 570. Sitzung des Bewertungsausschusses*

#### ■ **Anpassung der Leistungslegende der GOP 01602**

Die Mehrfertigung eines Briefs oder Berichts an den Hausarzt nach GOP 01602 ist gemäß Präambel 11.1 Nummer 9 EBM in den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 11 EBM enthalten. Die humangenetischen Beurteilungsleistungen nach den GOPen 11230 und 11233 werden deshalb aus der Leistungslegende der GOP 01602 gestrichen.

#### ■ **Chlamydia trachomatis-Nachweis im Urin – Nebeneinanderabrechnung der GOPen 01816, 01840 und 01915 künftig möglich**

Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Mutterschaftsvorsorge sowie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch sehen keinen Ausschluss einer Nebeneinanderabrechnung der GOPen 01816, 01840 und 01915 im Krankheitsfall vor, insofern wird dieser mit Wirkung zum 1. Januar 2022 im EBM aufgehoben.

## Bayerische Euro-Gebührenordnung (B€GO) ab 1. Januar 2022

### ■ Klarstellung: Haus- und Kinderärzte können die GOPen 01816, 01840 und 01915 (Chlamydia trachomatis-Nachweis im Urin) nicht abrechnen

Die mögliche Berechnung der GOPen 01816, 01840 und 01915 für Haus- und Kinderärzte, die eine mindestens einjährige Weiterbildung im Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe nachweisen konnten (vergleiche Präambeln 3.1 Nummer 3 und Nummer 4 und 4.1 Nummer. 6 EBM), stand im Widerspruch zur fehlenden Abrechnungsmöglichkeit der inhaltsgleichen Leistungen aus Abschnitt 32.3 EBM durch diese Arztgruppen. Mit Wirkung zum 1. Januar 2022 hat der Bewertungsausschuss die GOPen 01816, 01840 und 01915 deswegen in den Präambeln 3.1 und 4.1 EBM gestrichen.

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

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.

Für das Jahr 2022 konnte zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses dieser Ausgabe noch kein bayerischer Punktwert vereinbart werden. Aus diesem Grund werden die Euro-Preise der Bayerischen Euro-Gebührenordnung vorläufig mit dem auf Bundesebene festgelegten Orientierungswert in Höhe von 11,2662 Cent berechnet. Die Veröffentlichung der Bayerischen Euro-Gebührenordnung steht unter dem Vorbehalt des Vertragsabschlusses zwischen der KVB und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen oder einer Entscheidung des Landesschiedsamts für die vertragsärztliche Versorgung in Bayern.

### Veröffentlichung der B€GO im Internet

Die neue Bayerische Euro-Gebührenordnung stellen wir Ihnen ausschließlich unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Abrechnung/BEGO-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 auf

CD natürlich auch per E-Mail unter [info@kvb.de](mailto:info@kvb.de) oder telefonisch unter 0 89 / 57 09 34 00 – 10 kostenlos bei uns anfordern.

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

### GOP 01640: Änderung der Bewertung

Die GOP 01640 war für den Zeitraum vom 20. Oktober 2020 bis 19. Oktober 2021 mit 160 Punkten (B€GO: 17,80 Euro) bewertet, da im Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) festgelegt wurde, dass die Vergütung im Zusammenhang mit der Erstellung eines Notfalldatensatzes im EBM für ein Jahr auf das Zweifache zu erhöhen ist. Mit Ablauf der Frist beträgt die Vergütung für die GOP 01640 ab dem 20. Oktober 2021 wieder 80 Punkte (B€GO: 8,90 Euro).

Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 524. Sitzung ist auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter [www.institut-des-bewertungsausschusses.de](http://www.institut-des-bewertungsausschusses.de) in der Rubrik *Bewertungsausschuss/Beschlüsse* veröffentlicht.

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

## PET/CT künftig in allen Stadien des Hodgkin-Lymphoms GKV-Leistung

Derzeit kann die Positronenemissionstomographie/Computertomographie (PET/CT) bei Patientinnen und Patienten mit Hodgkin-Lymphomen im Rahmen des initialen Stagings zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durchgeführt werden. Künftig gilt der Leistungsanspruch gegenüber der GKV für sämtliche Untersuchungen zur Bestimmung des Stadiums des Hodgkin-Lymphoms (sogenannte Staging-Untersuchungen) und umfasst neben dem Initial-Staging auch das Interim-Staging und das Staging nach Rezidiv. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat hierfür am 15. Juli 2021 die Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (MVV-RL) entsprechend angepasst. Der Beschluss ist am 5. Oktober 2021 in Kraft getreten.

Das Hodgkin-Lymphom ist eine bösartige Erkrankung des lymphatischen Systems. Durch die Diagnostik mittels PET/CT lässt sich das Ausmaß der Erkrankung so genau wie möglich feststellen. Auf dieser Grundlage kann dann die Therapie bestmöglich geplant und bei Bedarf angepasst werden. Ziel ist es, die Erkrankung zu heilen oder den Erkrankungszustand möglichst gut zu kontrollieren, ohne dabei den Körper unnötig zu belasten.

### Nicht bei Routine-Nachsorge ohne begründeten Verdacht

Weiterhin ausgenommen ist die PET/CT-Anwendung in der Routine-Nachsorge, wenn kein begründeter Verdacht auf ein Rezidiv des Hodgkin-Lymphoms vorliegt.

### 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 EBM aufgenommen wurde. Für die Anpassung des EBM hat der Bewertungsausschuss bis zu sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinie Zeit. Eine Ergänzung der bestehenden Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß Paragraf 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 MVV-RL auf dessen Internetseite unter <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien>.

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

## Änderung Bewertung Kostenpauschale 40681

Der Bewertungsausschuss hat mit Wirkung zum 1. Oktober 2021 die Höhe der Bewertung der Kostenpauschale 40681 (Kostenpauschale für den Einsatz von Riboflavin im Zusammenhang mit einer Hornhautvernetzung bei Keratokonus nach GOP 31364) auf den aktuellen durchschnittlichen Marktpreis in Höhe von 92,53 Euro (bisher: 86,00 Euro) angepasst.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 573. Sitzung ist auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter [www.institut-des-bewertungsausschusses.de](http://www.institut-des-bewertungsausschusses.de) in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht.

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

## Neuerungen in der Psychotherapie ab 1. Oktober 2021

Der Bewertungsausschuss (BA) hat in seiner 567. Sitzung vom 4. August 2021 und in seiner 570. Sitzung vom 15. September 2021 Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2021 beschlossen. Über die wichtigsten Änderungen wurden die betroffenen Ärzte und Psychotherapeuten 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](http://www.institut-des-bewertungsausschusses.de) in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Sie stehen unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

### Neue gruppentherapeutische Versorgungsangebote/Ausweitung der Videosprechstunde auf die psychotherapeutische Akutbehandlung und Gruppentherapien

Zur weiteren Förderung und Flexibilisierung der gruppenpsychotherapeutischen Versorgung wurden mehrere Neuerungen in der Psychotherapie-Richtlinie, der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) und im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) beschlossen. Hier die Neuerungen in Kürze:

- **Neue Versorgungsangebote:** Probatorische Sitzungen in der Gruppe und im Krankenhaus sowie Einführung der gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung

- **Genehmigungsvoraussetzungen:** Koppelung an Gruppentherapie-Genehmigung
- **Flexibilisierung der Gruppentherapie:** Zeitliche Flexibilisierung, gemischte Gruppensitzungen, Durchführung der Richtlinien-Gruppentherapie und Probatorik durch zwei Therapeutinnen/Therapeuten sowie gruppenpsychotherapeutische Leistungen außerhalb der Praxisräume
- Vereinfachungen im Gutachterverfahren
- Ausweitung der Videosprechstunde auf die psychotherapeutische Akutbehandlung und mehrere Gruppentherapien/-behandlungen

Die neuen Gebührenordnungspositionen und Details zur Abrechnung wie Abrechnungsbestimmungen und notwendige Kennzeichnungen entnehmen Sie bitte der Übersicht in der Anlage „Neue GOPen und Kennzeichnungen“ zu unserem Rundschreiben vom 13. September 2021.

Eine Übersicht über alle Gebührenordnungspositionen, die ab 1. Oktober 2021 neu im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig sind sowie deren notwendige Kennzeichnungen, entnehmen Sie bitte der Übersicht in der Anlage „Neue GOP-Kennzeichnungen für die Videosprechstunde“ zu unserem Rundschreiben vom 8. Oktober 2021.

Die Rundschreiben nebst Anlagen sind unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de) in der Rubrik *Service/Mitglieder-Informationen/Serviceschreiben* eingestellt.

Die aktuelle Psychotherapie-Richtlinie finden Sie auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter [www.g-ba.de/informatio-](http://www.g-ba.de/informatio-)

nen/richtlinien. Die neue Psychotherapie-Vereinbarung können Sie auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) abrufen unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de) in der Rubrik Service/Verträge/Anlage 1.

### Probatorische Sitzungen im Gruppensetting und in Räumen eines Krankenhauses

*Beschluss aus der 567. Sitzung des Bewertungsausschusses*

### Probatorische Sitzungen in der Gruppe

Neu ist, dass probatorische Sitzungen auch in der Gruppe erfolgen können, wenn sich eine Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppenbehandlung anschließen soll. Bisher waren probatorische Sitzungen ausschließlich im Einzelsetting möglich.

Mindestens eine probatorische Sitzung muss einzeln durchgeführt werden, wenn zuvor eine Sprechstunde bei derselben Therapeutin oder demselben Therapeuten stattgefunden hat. War dies nicht der Fall, beispielsweise bei Vermittlung aus vorheriger stationärer Behandlung oder bei Therapeutenwechsel, müssen mindestens zwei probatorische Sitzungen im Einzelsetting stattfinden.

### Kontingente und neue Gebührenordnungspositionen im EBM

- Probatorische Sitzungen sind bei Erwachsenen maximal bis zu vier Therapieeinheiten (TE) je Krankheitsfall möglich, maximal davon im Gruppensetting
- mit vorheriger psychotherapeutischer Sprechstunde: bis zu drei TE mit jeweils 100 Minuten (oder sechsmal 50 Minuten) je Krankheitsfall

- ohne vorherige psychotherapeutische Sprechstunde: bis zu zwei TE mit jeweils 100 Minuten (oder viermal 50 Minuten) je Krankheitsfall
- Bei Kinder- und Jugendlichenbehandlung oder bei Menschen mit geistiger Behinderung sind maximal bis zu sechs Therapieeinheiten je Krankheitsfall möglich, maximal davon im Gruppensetting
  - mit vorheriger psychotherapeutischer Sprechstunde: bis zu fünf TE mit jeweils 100 Minuten (oder zehnmal 50 Minuten) je Krankheitsfall
  - ohne vorherige psychotherapeutische Sprechstunde: bis zu vier TE mit jeweils 100 Minuten (oder achtmal 50 Minuten) je Krankheitsfall
- Die Abrechnung erfolgt über die **neuen Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 EBM** (Details siehe GOP-Übersicht in der Anlage zu unserem Rundschreiben vom 13. September 2021). Die Vergütung beträgt je nach Gruppengröße zwischen 78,32 und 45,50 Euro je Teilnehmer/-in und Sitzung.

### Probatorische Sitzungen in Räumen eines Krankenhauses

Probatorische Sitzungen können bereits frühzeitig auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden, wenn sich eine ambulante Psychotherapie nach einer Krankenhausbehandlung anschließen soll und eine Diagnose nach Paragraph 27 der Psychotherapie-Richtlinie besteht.

In diesen Fällen können zusätzlich zu den probatorischen Sitzungen die Gebührenordnungspositionen 01410 (Besuch eines Kranken) und 01413 (Besuch eines weiteren

Kranken) unter Vornahme einer Kennzeichnung (siehe Anlage zu unserem Rundschreiben vom 13. September 2021) berechnet werden. Diese Besuche werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.

Für jeden Besuch nach GOP 01410 kann eine Wegepauschale entsprechend den vertraglichen Regelungen zu den Pauschalerstattungen berechnet werden. Näheres zu den Wegegebühren in Bayern finden Sie in unserem entsprechenden Merkblatt unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Abrechnung* unter „Merkblätter Abrechnung“.

### Vergütung

Für Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie, Nervenheilkunde, psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie die ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte werden die neu in den EBM aufgenommen GOPen 35163 bis 35169 EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Für alle anderen Fachgruppen prüft der Bewertungsausschuss im Zusammenhang einer Evaluation, ob zusätzlicher Regelungsbedarf bezüglich der Finanzierung erforderlich ist.

### Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung

*Beschluss aus der 567. Sitzung des Bewertungsausschusses*

Als ein neues Versorgungsangebot im Anschluss an die psychotherapeutische Sprechstunde wird die Gruppenpsychotherapeutische

Grundversorgung eingeführt. Es richtet sich an Patientinnen und Patienten, die noch unsicher sind oder Vorbehalte gegenüber einer Gruppenpsychotherapie haben. Mögliche Ziele sind beispielsweise die Förderung der Gruppenfähigkeit, die strukturierte Vermittlung von individuell angepassten Informationen zu Diagnosen und ambulanten Psychotherapie, die Förderung von Ressourcen und Unterstützung beim Umgang mit psychischen Symptomen. Hierzu sollen insbesondere niedrigschwellige, syndrombezogene psychotherapeutische und psychoedukative Interventionen eingesetzt werden, um im Sinne einer behutsamen Interaktionsgestaltung an die nachfolgende Gruppenpsychotherapie heranzuführen. Voraussetzung ist eine Indikation für eine gruppenpsychotherapeutische Behandlung, allein oder in Kombination mit einer Einzelpsychotherapie. Um den niedrigschwelligen Zugang zu gewährleisten, ist die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung antrags- und genehmigungsfrei.

### Kontingente und neue Gebührenordnungspositionen im EBM

- Die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung kann im Anschluss an die Sprechstunde bis zu viermal je Krankheitsfall mit jeweils 100 Minuten durchgeführt werden (oder achtmal 50 Minuten), insgesamt bis zu 400 Minuten Dauer.
- Bei Kinder- und Jugendlichenbehandlung oder bei Menschen mit geistiger Behinderung und Einbezug von Bezugspersonen: bis zu 100 Minuten je Krankheitsfall zusätzlich möglich (oder zweimal 50 Minuten), somit insgesamt bis zu 500 Minuten Dauer.

- Es erfolgt keine Anrechnung auf nachfolgende Kontingente der Richtlinien-Psychotherapie.
- Die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung ersetzt aufgrund abweichender inhaltlicher Zielsetzung nicht die vor einer Richtlinien-Therapie notwendigen probatorischen Sitzungen.
- Die Abrechnung erfolgt über die **neuen Gebührenordnungspositionen 35173 bis 35179 EBM** (Details siehe GOP-Übersicht in der Anlage zu unserem Rundschreiben vom 13. September 2021). Abhängig von der Gruppengröße liegt die Vergütung zwischen 101,90 Euro und 59,18 Euro je Teilnehmer/-in und Therapiestunde. Dies entspricht der Vergütung für die Richtlinien-Gruppenpsychotherapie.

### Vergütung

Die neu in den EBM aufgenommenen GOPen 35173 bis 35179 EBM werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.

### Genehmigungsvoraussetzungen: Koppelung an Gruppentherapie-Genehmigung

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die über eine Genehmigung nach Paragraf 2 der momentan gültigen Psychotherapie-Vereinbarung zur Durchführung und Abrechnung von Gruppentherapie im jeweiligen Psychotherapieverfahren verfügen, können die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung und die probatorischen Sitzungen im Gruppensetting durchführen und abrechnen. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dürfen die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung und probatorischen Sitzungen im Gruppensetting

nur bei Kindern und Jugendlichen durchführen.

### Flexibilisierung der Gruppentherapie

*Beschluss aus der 567. Sitzung des Bewertungsausschusses*

#### Zeitliche Flexibilisierung

Gruppensitzungen müssen künftig in allen Verfahren nicht mehr standardmäßig 100 Minuten umfassen, sondern können auch in 50-Minutenschritten durchgeführt werden. Die jeweiligen Gebührenordnungspositionen sind in der Abrechnung mit einem Buchstaben zu kennzeichnen (Details siehe Anlage zu unserem Rundschreiben vom 13. September 2021). Die Gesamtsitzungszahl vermehrt sich entsprechend.

#### Gemischte Gruppensitzungen

Gruppentherapie-Patienten (Richtlinientherapie) und Gruppen-Probatorik-Patienten können gleichzeitig in gemischten Gruppensitzungen behandelt werden. Dies gilt sowohl für Gruppensitzungen bei einem Therapeuten als auch für gemeinsame Sitzungen bei zwei Therapeuten. Die jeweils notwendige Gruppengröße ist zu beachten (mindestens drei bis maximal neun beziehungsweise mindestens sechs bis maximal 14 Patienten). Bei demselben Patienten hingegen ist eine gleichzeitige Anwendung von Gruppentherapie und probatorischen Sitzungen in derselben Sitzung nicht zulässig.

#### Durchführung der Richtlinien-Gruppentherapie und Probatorik durch zwei Therapeuten

Die Probatorik im Gruppensetting und die (Richtlinien-)Gruppentherapie ab sechs Patienten kann gemeinsam durch zwei Therapeuten geleitet werden. Durch die gemein-

same Leitung kann der fachliche Austausch intensiviert und in kritischen Situationen verschiedene Perspektiven eingebracht werden, was den Gruppenprozess für die Patienten insgesamt befördern kann.

- Die gemeinsame Durchführung kann praxisübergreifend organisiert werden.
- Die Gruppengröße bei gemeinsamer Durchführung der Gruppentherapie beträgt mindestens sechs bis zu 14 Patienten.
- Jeder Therapeut ist dabei für „seine“ jeweils fest zugeordneten Patienten (sogenannte Bezugspatienten) „hauptverantwortlich“, beispielsweise für die schriftliche Dokumentation. Ein Therapeut hat hierbei mindestens drei bis zu neun Patienten in hauptverantwortlicher Behandlung.
- Ausfüllen des Formblatts PTV 2 bei mehreren Therapeuten: Wird die Gruppentherapie von zwei Therapeuten durchgeführt, füllt nur derjenige das Formular PTV 2 aus, der die Hauptverantwortung für die Gruppentherapie hat. Dies wurde in der Psychotherapie-Vereinbarung klargestellt. Wird eine Kombinationsbehandlung von drei Therapeuten (ein Therapeut für Einzeltherapie und zwei Therapeuten für Gruppentherapie) durchgeführt, ist das Formblatt PTV 2 von demjenigen Therapeuten, der die Einzeltherapie durchführt, und von dem hauptverantwortlichen Therapeuten für die Gruppentherapie auszufüllen.
- Kennzeichnung der Behandlung gemischter Gruppen durch mehrere Therapeuten: Führen zwei Therapeuten bei verschiedenen Patienten gleichzeitig in einer

Sitzung Richtlinien-Gruppen-therapien und probatorische Sitzungen im Gruppensetting durch, ist zusätzlich zu den in der Sitzung abgerechneten Gebührenordnungspositionen die Kennnummer 88135 in die Abrechnung einzutragen (Details siehe Anlage zu unserem Rundschreiben vom 13. September 2021).

### Gruppenpsychotherapeutische Leistungen außerhalb der Praxisräume

Grundsätzlich sind die Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie in der vertragsärztlichen Versorgung in den Praxisräumen der Therapeutin oder des Therapeuten zu erbringen (Paragraf 1 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung). Allerdings dürfen die gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, Gruppentherapie und probatorische Sitzungen im Gruppensetting auch außerhalb der eigenen Praxisräume in anderen geeigneten Räumlichkeiten stattfinden. Dies können insbesondere die Praxisräume der beiden beteiligten Therapeutinnen und Therapeuten sein, die eine Gruppentherapie gemeinsam durchführen. Eine entsprechende Ausnahme ist in die Psychotherapie-Vereinbarung aufgenommen worden, um die Durchführung von gruppenpsychotherapeutischen Leistungen zu erleichtern. Damit Sie gruppenpsychotherapeutische Leistungen auch außerhalb der eigenen Praxisräume erbringen und abrechnen können, ist es erforderlich, uns **dies vorab schriftlich mitzuteilen**. Die Erbringung spezieller Untersuchungs- und Behandlungsleistungen an weiteren Orten in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz ist als Betrieb ausgelagerter Praxisräume möglich (vergleiche Paragraf 24 Absatz 5

Ärzte-ZV). Eine räumliche Nähe liegt vor, wenn der ausgelagerte Praxisraum von der „Stammpraxis“ innerhalb von höchstens 30 Minuten erreicht werden kann. Hierfür sind Ort und Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen. Die Ankündigung und/oder das Abhalten von gesonderten Sprechstunden sowie das Anbieten des gesamten Leistungsumfangs der „Stammpraxis“ in ausgelagerten Praxisräumen sind dagegen unzulässig und erfordern gegebenenfalls die Beantragung einer Genehmigung zum Betrieb einer Filialpraxis.

Das notwendige Formular zur Meldung ausgelagerter Praxisräume finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Buchstabe „A“*. Wahlweise nutzen Sie bitte unsere komfortable Online-Antragstellung im Mitgliederportal „MEINE KVB“.

### Vereinfachung im Gutachterverfahren

Anträge auf Gruppentherapie oder Anträge auf eine Kombinationsbehandlung aus überwiegend durchgeführter Gruppentherapie mit Einzeltherapie, das heißt mit mehr als der Hälfte der beantragten Therapieeinheiten im Gruppensetting, werden künftig nicht mehr regelhaft begutachtet. Eine Begutachtung kann in Einzelfällen in allen Settings aber weiterhin von den Krankenkassen verlangt werden, zum Beispiel im Rahmen der vorgezogenen Wirtschaftlichkeitsprüfung von der Krankenkasse bei Überschreitung der Kontingentgrenzen.

### Psychotherapeutische Akutbehandlung und gruppentherapeutische Leistungen per Videosprechstunde durchführbar und berechnungsfähig

*Beschluss aus der 570. Sitzung des Bewertungsausschusses*

Bereits zu Beginn der Corona-Pandemie wurde eine Flexibilisierung der psychotherapeutischen Leistungen per Video ermöglicht. Nunmehr werden die Möglichkeiten für die Durchführung der Psychotherapie per Video auch auf die psychotherapeutische Akutbehandlung nach GOP 35152 sowie gruppentherapeutische Leistungen ausgeweitet. Dazu gehören gruppentherapeutische Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Kapitel 14), der Psychiatrie und Psychotherapie (Kapitel 21), der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie (Kapitel 22), der neuropsychologischen Therapie (Abschnitt 30.11) sowie Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie (Kapitel 35).

Bei der Abrechnung von Gruppentherapien und Akutbehandlungen im Rahmen einer Videosprechstunde sind die Gebührenordnungspositionen in der Abrechnung mit Buchstabenzusatz (KVDT-Feldkennung 5001 „GNR“) zu kennzeichnen, siehe Anlage zu unserem Rundschreiben vom 8. Oktober 2021.

### Wichtig: Gruppentherapie per Video nur mit begrenzter Gruppengröße möglich

Die gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung und Gruppenpsychotherapien können mit höchstens neun Teilnehmerinnen/Teilnehmern per Videosprechstunde durchgeführt werden. Dies bedeu-

tet, eine Gruppe kann aus **maximal acht Patientinnen/Patienten, einschließlich der gegebenenfalls einzubeziehenden Bezugspersonen**, sowie einer Therapeutin oder einem Therapeuten bestehen.

Abweichend von Paragraf 21 Absatz 1 Nummer 2 Satz 2 der Psychotherapie-Richtlinie können die Richtlinientherapien in Form von Gruppentherapien per Videosprechstunde **nicht gemeinsam durch zwei Therapeuten** abgehalten werden.

#### Psychotherapie-Vereinbarung normiert erweiterte Anforderungen an Videokonferenzen

Zudem wurden die gemäß Paragraf 17 der Psychotherapie-Vereinbarung geltenden Voraussetzungen an die Durchführung von psychotherapeutischen Leistungen über Videokonferenzen konkretisiert und um folgende Grundsätze ergänzt:

- Die Entscheidung zur Durchführung einer psychotherapeutischen Leistung per Videokonferenz erfolgt **gemeinsam durch den Versicherten und den Therapeuten** unter Berücksichtigung des individuellen Krankheitsgeschehens und der Lebensumstände des Versicherten.
- Spätestens zu Beginn der Videosprechstunde erfolgt die mündliche Aufklärung und Einwilligung des Patienten zur Durchführung einer Videokonferenz.
- Die Therapeutin/der Therapeut hat für einen alternativen Kontaktweg im Falle von Verbindungsabbrüchen zu sorgen.
- Weiterhin sind – sofern erforderlich – Regelungen zum Vorgehen bei gegebenenfalls aufkommender Eigen- oder Fremdgefährdung zu treffen.

- Die Durchführung psychotherapeutischer Leistungen per Videokonferenz erfolgt sowohl bei dem Therapeuten als auch bei dem Versicherten in einer sicheren, störungsfreien Umgebung, die einen geschützten Raum ermöglicht.
- Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Videokonferenz sollen stets eindeutig mit einem Videobild erkennbar sein.
- Psychotherapeutische Leistungen per Video können grundsätzlich nur von dem Therapeuten durchgeführt werden, der den Patienten auch im unmittelbaren persönlichen Kontakt behandelt.
- Grundsätzlich sollen sich Therapeutin/Therapeut und Patientin/Patient in örtlicher Nähe zueinander befinden.
- Der Therapeut hat sicherzustellen, dass die Behandlung bei gegebener Notwendigkeit im unmittelbaren persönlichen Kontakt durchgeführt werden kann.
- Bei der Durchführung von Videosprechstunden gelten weiterhin insbesondere die Regelungen nach den Paragrafen 3 und 4 der Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte.

#### Folgeanpassungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab

Ferner wurden mehrere Bestimmungen und Anmerkungen im EBM angepasst, um das neue Versorgungsangebot der Akutbehandlung und gruppentherapeutischen Leistungen per Video abzubilden. Dies betrifft unter anderem den Technikzuschlag nach GOP 01450 (40 Punkte, 4,45 Euro), der zukünftig zu den neu im Rahmen der Videosprechstunde berechnungsfähigen Gruppenthera-

prien und Akutbehandlungen berechnungsfähig ist. Bei den Gruppenbehandlungen gilt zudem die Höchstwertregelung, nach der der Zuschlag nur einmal je Gruppenbehandlung vergütet wird. Darüber hinaus sind die Zuschläge nach den GOPen 35593 bis 35598 für die ersten zehn Sitzungen einer Kurzzeittherapie in Gruppenbehandlung bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde ebenfalls berechnungsfähig.

#### Allgemeine Hinweise zur Abrechnung der Videosprechstunde

- Die Abrechnung ist mit der **Pseudo-GOP 88220 (Feldkennung 5001 „GNR“)** zu kennzeichnen, wenn der Patient in einem Quartal **ausschließlich per Videosprechstunde** behandelt wird (Abschlag in Höhe von 20 Prozent der abgerechneten Grundpauschale und die sich auf diese beziehenden Zuschläge/Zusatzpauschalen).
- Die Anzahl der ausschließlichen Videobehandlungsfälle ist auf 20 Prozent aller Behandlungsfälle des Arztes/Psychotherapeuten beschränkt (pandemiebedingt bis 31. Dezember 2021 ausgesetzt).
- Es dürfen maximal 20 Prozent der jeweiligen psychotherapeutischen Leistungen beziehungsweise Gesprächsleistungen im Quartal per Videosprechstunde erfolgen (Obergrenze je Gebührenordnungsposition und Vertragsarzt/-therapeut). Für den Rest ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich (pandemiebedingt bis 31. Dezember 2021 ausgesetzt).
- Voraussetzung für psychotherapeutische Leistungen im Rah-

men einer Videosprechstunde ist, dass zuvor ein persönlicher Kontakt zur Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung mit dem Patienten erfolgt ist (pandemiebedingt bis 31. Dezember 2021 ausgesetzt).

- Ärzte und Psychotherapeuten, 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](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Buchstabe „V“/Videosprechstunde*.

Weitere Details zum Thema Videosprechstunde, wie beispielsweise eine Vergütungsübersicht aller berechnungsfähigen Leistungen, rechtliche Grundlagen und Formulare, entnehmen Sie bitte unseren ausführlichen Informationen unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/IT in der Praxis/Videosprechstunde*.

### Beendigung von Kennzeichnungen im Rahmen der Übergangsregelungen zur Strukturreform Psychotherapie 2017

Im Zuge der Psychotherapie-Reform zum 1. April und zum 1. Juli 2017 wurde die Vergütungssystematik der Gebührenordnungspositionen des Kapitels 35 EBM geändert. Um für bestimmte Leistungen, die **vor dem 1. April 2017** beantragt wurden, noch eine übergangsweise Abrechnung nach den alten Regelungen zu ermöglichen, wurden für diese spezielle Buchstaben-Kennzeichnungen geschaffen. Im April 2020 informierten wir bereits darüber, dass die Übergangsregelung zwischenzeitlich

obsolet ist (siehe Rundschreiben vom 1. April 2020). Bitte beachten Sie, dass folgende Buchstaben-Kennzeichnungen **nicht mehr abgerechnet werden können und gestrichen** werden:

- Kennzeichnung der 25. Sitzung bei **Einzeltherapien (Kurzzeittherapie) mit „L“ oder „S“**
  - **35402L, 35412L, 35422L:** 25. Sitzung einer Kurzzeittherapie
  - **35402S, 35412S, 35422S:** 25. Sitzung einer Kurzzeittherapie unter Einbeziehung einer Bezugsperson
- Kennzeichnung der 25. Sitzung bei **Gruppentherapien (Kurzzeittherapie) mit „L“ oder „S“**
- Kennzeichnung der 25. Sitzung bei Gruppentherapien (Verhaltenstherapie) mit hälftiger Sitzungsdauer mit „N“ oder „W“
- Kennzeichnung von Gruppentherapien (Verhaltenstherapie) mit nur zwei Teilnehmern: **80542** (KZT) und **80552** (LZT) bei Verhaltenstherapie zwei TN
  - Kennzeichnung mit „B“ bei Einbeziehung Bezugsperson
  - Kennzeichnung mit „H“ bei einer Sitzungsdauer von mindestens 50 Minuten
  - Kennzeichnung mit „Z“ bei einer Sitzungsdauer von mindestens 50 Minuten unter Einbeziehung einer Bezugsperson

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

## Wirkstoffvereinbarung – neue „Arbeitslisten“

Unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/Wirkstoffvereinbarung* finden Sie zu jedem einzelnen Wirkstoffziel eine sogenannte „Arbeitsliste“ mit dem Stand des zweiten Quartals 2021. Die „Arbeitslisten“ helfen Ihnen, Generika von Originalen zu unterscheiden. Sie liefern Informationen, ob es sich gegebenenfalls um eine Leitsubstanz handelt, und geben Hinweise auf Rabattverträge, sofern Ihnen Ihre Arzneimittelsoftware dies nicht schon bereitstellt.

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

## Häusliche Krankenpflege – Wundversorgung

Die Richtlinie wurde Mitte 2019 – entsprechend dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse – neu strukturiert und um klarstellende Angaben zur Dauer und Häufigkeit der Maßnahmen ergänzt.

Bitte beachten Sie, dass die Leistungen Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung, Grad 2 (Nr. 12), Wundversorgung einer akuten Wunde (Nr. 31) und Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde (Nr. 31a) für jeweils bis zu vier Wochen verordnungsfähig sind. Details finden Sie in unserer Verordnung Aktuell „Häusliche Krankenpflege: Wundversorgung“.

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

## Neues Zweitmeinungsverfahren „Eingriffe an der Wirbelsäule“

Die bundesweite Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) wurde mit Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 16. September 2021 um einen Eingriff erweitert: Ab Inkrafttreten des Beschlusses haben gesetzlich Versicherte bei einer Indikationsstellung zu bestimmten Eingriffen an der Wirbelsäule einen Anspruch auf Einholung einer unabhängigen, neutralen ärztlichen Zweitmeinung. Folgende Operationen an der Wirbelsäule sind umfasst:

- Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule
- Spondylodese
- Knöchelne Dekompression
- Facettenoperationen (Facetten-denervation, -Thermokoagulation, -Kryodenervation)
- Verfahren zum Einbringen von Material in einen Wirbelkörper (mit oder ohne vorherige Wirbelkörperaufrichtung)
- Exzision von Bandscheibengewebe
- Implantation einer Bandscheibendoprothese

Nicht umfasst sind Eingriffe, die aufgrund von akuten traumatischen Ereignissen oder aufgrund von akut auftretenden neurologischen Komplikationen notwendig sind. Ebenfalls nicht umfasst sind Eingriffe aufgrund von Tumorerkrankungen.

Hier eine Zusammenstellung der wichtigsten Informationen:

### Patientenaufklärung über den Zweitmeinungsanspruch

Die **indikationsstellenden Ärztinnen und Ärzte**, die den Eingriff konkret empfehlen, **haben** die Patientinnen und Patienten über ihr Recht, eine Zweitmeinung einzuholen, **aufzuklären**. Dazu haben sie den Patien-

ten insbesondere das **Patienteninformationsblatt** des G-BA zum Zweitmeinungsverfahren bei geplanten Eingriffen auszuhändigen, Kopien von Befundunterlagen mitzugeben und über geeignete Zweitmeiner zu informieren. Die Aufklärung hat in der Regel mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff zu erfolgen.

Hierfür können die indikationsstellenden Ärzte einmal im Krankheitsfall die **GOP 01645 EBM** abrechnen, die derzeit mit **75 Punkten (8,34 Euro)** bewertet ist. Die im Zusammenhang mit dem Zweitmeinungsverfahren bei bevorstehendem Eingriff an der Wirbelsäule berechnungsfähige GOP 01645 ist mit dem **Buchstaben „F“ (GOP 01645F)** in der Abrechnung zu **kennzeichnen**.

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

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

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

### Genehmigungsvorbehalt für Zweitmeiner

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

- Berechtigung zum Führen einer der folgenden Facharzt-, Schwerpunkt- und/oder Zusatzbezeichnungen:
  - Orthopädie und Unfallchirurgie
  - Orthopädie
  - Chirurgie mit der Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie
  - Neurochirurgie
  - Physikalische und Rehabilitative Medizin
  - Neurologie
  - Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Anästhesiologie, jeweils mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“
- mindestens fünfjährige ganztägige Tätigkeit im entsprechenden Fachgebiet/Schwerpunkt
- aktueller Nachweis zur Erfüllung der gesetzlichen Fortbildungspflicht
- erteilte Weiterbildungsbefugnis der Landesärztekammer oder akademische Lehrbefugnis an einer Hochschule

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

**Durchführung der Zweitmeinung**  
Zweitmeiner sollen die Patienten in Bezug auf den empfohlenen Eingriff und mögliche Therapie- oder Hand-

lungsalternativen so informieren und beraten, dass eine informierte Entscheidung in Bezug auf die Notwendigkeit der Durchführung des empfohlenen Eingriffs ermöglicht wird.

In den Prozess der Zweitmeinungserbringung zu den Eingriffen an der Wirbelsäule können Physiotherapeuten im Sinne des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes (MPhG) oder Krankengymnasten im Sinne des Paragraphen 16 MPhG einbezogen werden.

Die Abgabe der Zweitmeinung hat zwischen Zweitmeiner und Patienten mündlich zu erfolgen. Vorbefunde, die die Patienten zur Verfügung stellen, sind in die Beratung einzubeziehen.

Die Zweitmeinung gilt als abgegeben, wenn die Indikation bestätigt oder nicht bestätigt wurde. Auf Wunsch des Patienten wird das Ergebnis der Zweitmeinung dem indikationsstellenden Arzt mitgeteilt und/oder das Ergebnis in einem Bericht zusammenfassend dargestellt und dem Patienten ausgehändigt.

Beim Gespräch zur Abgabe der Zweitmeinung und in einem etwaigen ärztlichen Bericht ist darauf einzugehen, ob aus Sicht des Zweitmeiners die Möglichkeiten der konservativen Therapie als Behandlungsalternative zu dem empfohlenen Eingriff an der Wirbelsäule im Wesentlichen als ausgeschöpft angesehen werden.

Die Zweitmeinung kann nicht bei einem Arzt oder einer Einrichtung eingeholt werden, durch den oder durch die der Eingriff durchgeführt werden soll (Gebot der Unabhängigkeit).

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

#### Notwendige Kennzeichnung durch den Zweitmeiner

Der Abrechnungsschein, auf dem die Leistungen des Zweitmeinungsverfahrens bei bevorstehendem Eingriff an der Wirbelsäule berechnet werden (jeweilige arztgruppenspezifische Grundpauschale und gegebenenfalls ergänzende Untersuchungen), ist mit der **Kennzeichnungs-Nummer 88200F** (Feldkennung 5001 - „GNR“) zu kennzeichnen.

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

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

#### Veröffentlichung der Zweitmeiner

Informationen zu geeigneten Zweitmeiner werden nach erteilter Genehmigung in der Arztsuche der

KVB (unter „Expertensuche/weitere Optionen/„Genehmigungen/Zusatzverträge“/„Zweitmeinung Eingriff an Wirbelsäule“) veröffentlicht. Dazu muss der Standort eingegeben werden. Es wird dann eine Liste derjenigen Ärztinnen und Ärzte angezeigt, die Inhaber der entsprechenden Genehmigung sind. Diese kann nach der Entfernung vom Standort sortiert werden.

#### Fundstellen

Weitere Hinweise zu den Antragsformularen für die Genehmigung und Ermächtigung sowie weitere umfassende Informationen zum Zweitmeinungsverfahren finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Buchstabe „Z“/Zweitmeinungsverfahren*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
E-Mail [qsinfo@kvb.de](mailto:qsinfo@kvb.de)

