

KVBIINFOS

01|23
02|23

ABRECHNUNG

- 2 Die nächsten Zahlungstermine
- 2 Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2022
- 6 Honorarverteilungsmaßstab (HVM) ab 1. Januar 2023
- 7 EBM-Änderungen zum 1. Januar 2023
- 10 Abrechnungshinweise zur Videosprechstunde
- 11 Vestibularisschwannom: Stereotaktische Radiochirurgie künftig Kassenleistung
- 11 Kryokonservierung von Eierstockgewebe
- 12 Probatorik in der Praxis bei stationären Patienten
- 12 Frühförderstellen und Tagesstätten: neue Regelungen

VERORDNUNG

- 14 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 14 Befugnisse in der häuslichen Krankenpflege
- 14 Krankenhaus-/Reha-Aufenthalt
- 15 Heilmittel-Richtlinie: Präzisierung und redaktionelle Korrektur
- 15 Heilmittel – Diagnoseliste ergänzt
- 15 Krankentransport-Richtlinie
- 15 Psychiatrische Häusliche Krankenpflege (pHKP)
- 16 Schutzimpfungs-Richtlinie

QUALITÄT

- 16 DMP Diabetes Typ 1 – koordinierender Hausarzt
- 17 Röntgen-Strahlenschutz: Anschaffung eines DFP-Messgeräts verpflichtend
- 18 QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen: Neuauflagen 2022
- 18 Krebsfrüherkennung: elektronische Dokumentation
- 19 QS PCI und QS NET: elektronische Dokumentation

ALLGEMEINES

- 19 Vorsorglicher Widerspruch – richtigen Zeitpunkt nicht verpassen
- 19 Fachgebiets-Thesauren Versionen 2023

HINWEIS ZU KVB-SEMINAREN

Die Seminartermine für das Jahr 2023 finden Sie bereits unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Fortbildung* unter Terminsuche. An den Seminaren können Sie sich dort sofort online anmelden. Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme.

Die nächsten Zahlungstermine

11. Januar 2023 Abschlagszahlung Dezember 2022*
31. Januar 2023 Restzahlung 3/2022
10. Februar 2023 Abschlagszahlung Januar 2023
10. März 2023 Abschlagszahlung Februar 2023
11. April 2023 Abschlagszahlung März 2023
28. April 2023 Restzahlung 4/2022
10. Mai 2023 Abschlagszahlung April 2023
12. Juni 2023 Abschlagszahlung Mai 2023
10. Juli 2023 Abschlagszahlung Juni 2023
31. Juli 2023 Restzahlung 1/2023
10. August 2023 Abschlagszahlung Juli 2023
11. September 2023 Abschlagszahlung August 2023
10. Oktober 2023 Abschlagszahlung September 2023
31. Oktober 2023 Restzahlung 2/2023
10. November 2023 Abschlagszahlung Oktober 2023
11. Dezember 2023 Abschlagszahlung November 2023

Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2022

Abrechnungsabgabe

Wann?	Einreichung bis spätestens Dienstag, den 10. Januar 2023
Wie?	online
Wo?	<ul style="list-style-type: none"> ■ im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ über Service „Honorar & Abrechnung“ oder ■ über den Kommunikationskanal KV-Connect
Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Die Abrechnung muss vollständig und korrekt sein. ■ Persönliche Leistungserbringung qualifikationsgebundener Leistungen insbesondere bei angestellten Ärztinnen und Ärzten, in Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren. ■ Sammelerklärung
Verspätete Abgabe	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sollten Sie einmal den Abgabetermin für Ihre Quartalsabrechnung (bis spätestens zum zehnten Kalendertag des ersten Monats nach Abschluss des Abrechnungsquartals) nicht einhalten können, besteht die Möglichkeit, eine Fristverlängerung online über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ unter Service „Honorar & Abrechnung“ mit dem Suchbegriff „Fristverlängerung der Quartalsabrechnung“ zu beantragen. Hierbei erhalten Sie eine vom System generierte Eingangsbestätigung/Genehmigung. Wichtig: Eine Fristverlängerung ist aus prozesstechnischen Gründen nur für längstens 14 Tage möglich. Für Abrechnungen die nach dem 25. Kalendertag des ersten Monats nach Abschluss des Abrechnungsquartals eingehen, können wir weder eine Verarbeitung noch die nächsten Abschlagszahlungen garantieren. ■ Liegt ein außergewöhnlicher, begründeter Ausnahmefall (zum Beispiel Krankheit, Tod) vor, der eine Verlängerung der Abgabefrist außerhalb des regulären Bearbeitungsprozesses notwendig macht (also Abgabe nach dem 24. Kalendertag des ersten Monats nach Abschluss des Abrechnungsquartals), so können Sie die Fristverlängerung unter der E-Mail-Adresse Terminverlaengerung@kvb.de beantragen. Liegt ein Ausnahmefall vor, erhalten Sie von uns einen neuen Abgabetermin. ■ Hinweis: Terminverlängerungen für Notarztabrechnungen und Abrechnungen Leitender Notärzte siehe Kapitel „Sonstige Abrechnungen mit separaten Einreichungsterminen“
Wichtig	Eine mögliche Verlängerung der Abgabefrist bezieht sich nur auf die Abrechnung nicht bereits verjährter Fälle und nicht auf die elektronische Dokumentation der Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen der KVB.
Empfangsbestätigung	Über den Eingang Ihrer Abrechnungsunterlagen können Sie eine Empfangsbestätigung unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 - 6 87 80 anfordern.

* Abschlagszahlungen im Notarzdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später

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

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

Sammelerklärung

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

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

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg

Zusätzliche Unterlagen	<ul style="list-style-type: none"> ■ unterschriebene Sammelerklärung ■ bei Behandlung von Patienten der Besonderen Kostenträger sind verpflichtend Unterlagen in Papierform einzureichen. Siehe „Checkliste Papierunterlagen Besko“. <p>Wichtig: Es sind – auch aus Datenschutzgründen – ausschließlich die dort aufgeführten Unterlagen einzureichen!</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ gegebenenfalls Sachkostenrechnungen inklusive Deckblatt Rechnungseinreichung Sachkosten
Anschrift für Briefsendungen	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns „Quartalsabrechnung“ 93031 Regensburg
Anschrift für Päckchen/Pakete	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Oberpfalz Pommernstraße 17 + 19 Süd 93073 Neutraubling
Wichtig	Bitte vergessen Sie nicht, den Arztstempel einschließlich der Betriebsstättennummer auf den eingereichten Unterlagen sowie dem Briefumschlag anzubringen.
Fragen zur Einreichung der Abrechnung?	Bei Fragen erreichen Sie uns unter Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Zur besseren Übersicht über die einzureichenden Scheine steht Ihnen die „Checkliste Papierunterlagen Besko“ sowie das Merkblatt „Abrechnung Besondere Kostenträger“ mit detaillierteren Informationen unter www.kvb.de 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 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"> ■ 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 & Abrechnung“ mit dem Suchbegriff „Corona-Impfabrechnung“. ■ Bitte beachten Sie, dass diese Abrechnungen monatlich bis zum 15. des auf die Tätigkeit folgenden Monats erfolgen müssen!
Infos zu Corona-Impfungen in Impfzentren	Ausführliche Informationen finden Sie in unserer „Anleitung zur Corona-Impfabrechnung über ‚Meine KVB‘“ oder unter www.kvb.de/coronavirus .
Notarzteinsätze über emDoc	<ul style="list-style-type: none"> ■ Eine Besonderheit stellt die Einreichung und Abrechnung von Notarzteinsätzen über emDoc dar. Mit emDoc können Sie Ihre Fälle laufend zur Abrechnung einreichen. Alle bis zum jeweiligen Abrechnungslauf eingereichten Fälle werden berücksichtigt. ■ Die Frist endet mit Ablauf des Folgequartals auf das Leistungsquartal. ■ Die Anwendung startet im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ unter Service „Honorar & Abrechnung“ mit dem Suchbegriff „Notarzt-Abrechnung anlegen“. ■ Anders als bei der sonst erforderlichen Einreichung der handschriftlich unterzeichneten Sammelerklärung bestätigen Sie in emDoc auf elektronischem Weg, dass Sie die Leistungen persönlich den Bestimmungen entsprechend erbracht haben.

Termin verpasst für die emDoc-Abrechnung?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Für eine Fristverlängerung für die Abrechnung von Notarzteinsätzen wenden Sie sich bitte vor Ablauf der Frist schriftlich an emDoc@kvb.de.
Fragen/Infos zu emDoc?	<p>Bei Fragen erreichen Sie uns unter</p> <p>Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88</p> <p>Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25</p> <p>E-Mail emDoc@kvb.de</p>
Leitender Notarzt (LNA) per Postsendung	<ul style="list-style-type: none"> ■ LNA-Einsätze können laufend zur Abrechnung eingereicht werden. Alle bis zum jeweiligen Abrechnungslauf eingereichten Fälle werden berücksichtigt. <p>Da es sich bei der Abrechnungserklärung um eine rechtlich verbindliche Erklärung handelt, muss sie unbedingt unterschieden und im Original per Post (Adresse siehe unten) eingereicht werden.</p> <p>Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Notdienste Anwendungsbetreuung Elsenheimerstr. 39 80687 München</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Die Frist endet mit Ablauf des Folgequartals auf das Leistungsquartal. ■ Die Abrechnung von Leistungen als Leitender Notarzt in Bayern erfolgt mit der Abrechnungserklärung für Leitende Notärzte. ■ Im Formular sind lediglich die Einsatzdaten wie Datum, Uhrzeit, Ort, ILS, ILS-Einsatznummer und der Alarmierungsgrund zu dokumentieren. Das Formular kann am PC ausgefüllt, abgespeichert und ausgedruckt werden. ■ Ausführliche Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik <i>Praxis/Notarzdienst/Leitender Notarzt</i>.
Termin verpasst für die LNA-Abrechnung?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Für eine Fristverlängerung für die Abrechnung von LNA-Einsätzen wenden Sie sich bitte vor Ablauf der Frist schriftlich an LNA@kvb.de
Fragen/Infos zur LNA-Abrechnung?	<p>Bei Fragen erreichen Sie uns unter</p> <p>Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88</p> <p>Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25</p> <p>E-Mail LNA@kvb.de</p>

Honorarverteilungsmaßstab (HVM) ab 1. Januar 2023

Am 26. November 2022 hat die Vertreterversammlung der KVB Änderungen des HVM beschlossen. Wir haben die praxisrelevanten Änderungen für Sie zusammengefasst:

Kalkulatorische Fallwerte 2023 für RLV und QZV

Die Fallwerte des Vorjahrs werden erneut unter Berücksichtigung der Erhöhung des Orientierungswertes in Höhe von zwei Prozent fortgeschrieben. Bei RLV-Fachgruppen mit Auszahlungsquoten der RLV- oder QZV-Fallwerte von unter 100 Prozent wird ein Durchschnitt aus den letzten vier Quartalen berechnet. Für das QZV-MRT wird der kalkulatorische Fallwert des Jahres 2021 beibehalten.

Die kalkulatorischen Fallwerte 2023 sind unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.23/Fallwerte/Fallzahlen/Quoten* bereitgestellt.

RLV-Fallzahlzuwachsbeschränkung

Ab 1. Januar 2023 gelten wieder die Regelungen zur Fallzahlzuwachsbeschränkung (FZZB), da sich die Fallzahlentwicklung wieder normalisiert hat. Steigen also im aktuellen Abrechnungsquartal die RLV-Fallzahlen in der RLV-Fachgruppe um mehr als drei Prozent, wird der Zuwachs der RLV-Fallzahl beim einzelnen Arzt grundsätzlich auf drei Prozent begrenzt.

Die extrabudgetäre Vergütung für Neupatienten entfällt zum 1. Januar 2023. Damit wird diese Patientengruppe auch im Rahmen der FZZB wieder relevant, das heißt, ein neuer Patient löst grundsätzlich einen RLV-Fall aus, wenn dieser nicht ein anderer TSVG-Fall ist (zum Beispiel im

Rahmen der offenen Sprechstunde). Selbstverständlich wird in der Berechnung auch die Vorjahresfallzahl inklusive der Neupatienten berücksichtigt.

Leistungen der Strahlentherapie nach Kapitel 25 EBM

Ab 1. Januar 2023 entfällt die vom Bewertungsausschuss beschlossene befristete Eindeckelung der Leistungen der Strahlentherapie des Kapitels 25 EBM. Diese Leistungen werden nun wieder außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und damit extrabudgetär vergütet. Im HVM konnte der bestehende Leistungsfonds daher gestrichen werden.

Humangenetische Beratungsleistungen – Einbudgetierung und Änderung der KBV-Vorgaben

Die humangenetischen Beurteilungen nach den GOP 01841, 11230, 11233 bis 11236 EBM werden entsprechend eines Beschlusses des Bewertungsausschusses ab 1. Januar 2023 wieder innerhalb der MGV vergütet. Die für alle kassenärztlichen Vereinigungen verbindlichen KBV-Vorgaben wurden im Kontext dieser Änderung überarbeitet und die humangenetischen Leistungen entweder dem Grundbetrag „genetisches Labor“ oder dem fachärztlichen Grundbetrag zugeordnet.

Im HVM wurde diese Zuordnung nachvollzogen. Der HVM-Leistungsfonds „Humangenetische Leistungen“ nach Abschnitt B, Nr. 6.1.2 besteht dabei weiterhin aus zwei Unterfonds, einmal wie bisher entsprechend dem nach den KBV-Vorgaben definierten Grundbetrag „genetisches Labor“ und zum anderen für die übrigen, insbesondere neu eingedeckelten humangenetischen Leistungen des

Kapitels 11 sowie der GOP 01841 und 01842. Für beide Unterfonds gilt jeweils eine Quotierungsuntergrenze von 85 Prozent.

Weitere Informationen

Allgemeine Informationen zum HVM finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.23*. Dort sind auch die Online-Fassung der Honorarbrochure „Erläuterungen zum Honorarverteilungsmaßstab der KVB“ sowie die „Ergänzungsbroschüre QZV und Leistungen außerhalb RLV und QZV“ eingestellt.

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 Paragraph 87b Absatz 4 SGB V zur Honorarverteilung (KBV-Vorgaben) zu beachten. Diese werden von der KBV unter www.kbv.de, in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/weitere Rechtsquellen* veröffentlicht. Auf unserer Internetseite finden Sie direkt im Anschluss an die HVM-Textfassungen einen Link auf die Website der KBV.

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

EBM-Änderungen zum 1. Januar 2023

Der Bewertungsausschuss hat zum 1. Januar 2023 Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) beschlossen.

Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses aus seiner 610., 618., 617., 619. und 624. Sitzung wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Sie stehen unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Anpassung IVOM-Leistungen

Beschluss aus der 610. Sitzung des Bewertungsausschusses

Mit Wirkung zum 1. Januar 2023 hat der Bewertungsausschuss die Vergütung der intravitrealen Medikamenteneingabe nach den Gebührenordnungspositionen 31371 bis 31373 und 36371 bis 36373 leicht abgesenkt. Hintergrund: Bei der turnusmäßigen Überprüfung der Bewertung der Leistungen alle zwei Jahre wurde festgestellt, dass das mit der Einführung der Leistungen zur intravitrealen Medikamenteneingabe im Jahr 2014 angestrebte Punktvolumen (insgesamt 1.703 Punkte im Falle des ambulanten Eingriffs

und 817 Punkte im Falle des belegärztlichen Eingriffs) bei der aktuellen Überprüfung überschritten wurde.

Die Vergütung der Betreuungspauschalen nach den GOPen 06334 und 06335 hingegen bleiben unverändert. Sofern diese allerdings nach einem beidseitigen Eingriff abgerechnet werden, erfolgt zukünftig ein Abschlag in Höhe von 15 Punkten auf die Bewertung. Dieser Abschlag wird im Rahmen der Abrechnung durch die KVB vorgenommen. Bitte achten Sie darauf, dass bei einer Betreuung nach einem beidseitigen Eingriff bei den von Ihnen abgerechneten GOPen 06334 und 06335 in der Feldkennung 5034 (OP-Datum) dasselbe OP-Datum eingetragen ist.

Die Anpassung der IVOM-Leistungen im Überblick

GOP*	Kurztext	Bewertung EBM/B€GO	
		bis 31. Dezember 2022	ab 1. Januar 2023
06334	Zusatzpauschale für die Betreuung nach Durchführung einer IVOM am rechten Auge nach den GOPen 31371, 31373, 36371 oder 36373	129 Punkte	129 Punkte
		14,53 Euro	14,82 Euro
06335	Zusatzpauschale für die Betreuung nach Durchführung einer IVOM am linken Auge nach den GOPen 31372, 31373, 36372 oder 36373	129 Punkte	129 Punkte
		14,53 Euro	14,82 Euro
31371	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1: Intravitreale Medikamenteneingabe am rechten Auge	1.683 Punkte	1.665 Punkte
		189,61 Euro	191,33 Euro
31372	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1: Intravitreale Medikamenteneingabe am linken Auge	1.683 Punkte	1.665 Punkte
		189,61 Euro	191,33 Euro
31373	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z9: Intravitreale Medikamenteneingabe an beiden Augen	2.216 Punkte	2.175 Punkte
		249,66 Euro	249,94 Euro
36371	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1: Intravitreale Medikamenteneingabe am rechten Auge	807 Punkte	778 Punkte
		90,92 Euro	89,40 Euro
36372	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1: Intravitreale Medikamenteneingabe am linken Auge	807 Punkte	778 Punkte
		90,92 Euro	89,40 Euro
36373	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z9: Intravitreale Medikamenteneingabe an beiden Augen	1.065 Punkte	1.007 Punkte
		119,99 Euro	115,72 Euro

DiGA: Neuerungen ab 1. Januar 2023

Beschluss aus der 618. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Gesonderte Vergütung für Erstverordnung endet

Die **GOP 01470** für die Erstverordnung dauerhaft und vorläufig in das Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgenommener Digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA) bei Erwachsenen und die **GOP 86701** für die Erstverordnung bei Kindern und Jugendlichen bildeten die Besonderheiten der Verordnung in der Einführungsphase der DiGA als neue Versorgungsform ab und waren bis zum 31. Dezember 2022 befristet.

Ab dem 1. Januar 2023 können die Leistungen für die Erstverordnung daher nicht mehr gesondert abgerechnet werden, sondern diese sind Inhalt der Grund-, Versicherten- und Konsiliarpauschalen.

DiGA „Vivira“ – GOP 01472 auch für Reha-Mediziner

Mit Wirkung zum 1. Januar 2023 wird die Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA „Vivira“ nach **GOP 01472** in die Präambel 27.1 Nummer 4 EBM aufgenommen, sodass auch Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin die **GOP 01472** berechnen können.

DiGA „zanadio“ – neue GOP 01473 zur Verlaufskontrolle und Auswertung

Für eine DiGA, die dauerhaft ins DiGA-Verzeichnis aufgenommen wird, hat der Bewertungsausschuss innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme der DiGA den EBM anzupassen, wenn das BfArM spezielle

ärztliche Leistungen für die Versorgung mit der jeweiligen Anwendung bestimmt und dieser Aufwand bisher noch nicht im EBM abgebildet ist.

Für die notwendige Verlaufskontrolle und Auswertung der seit dem 12. August 2022 dauerhaft im Verzeichnis gelisteten DiGA „zanadio“ wird mit Wirkung zum 1. Januar 2023 die **GOP 01473** in den EBM aufgenommen.

NEU: GOP 01473 – Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung „zanadio“ gemäß dem Verzeichnis für DiGA gemäß Paragraf 139e SGB V.

EBM-Bewertung: 64 Punkte
Preis B€GO: 7,36 Euro

- Ausschließlich bei Patientinnen berechnungsfähig.
- Einmal im Behandlungsfall, höchstens zweimal im Krankheitsfall, berechnungsfähig. Nicht in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen berechnungsfähig.
- Berechnungsfähig von: Hausärzten, Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, von Fachärzten für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie, von Fachärzten mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie sowie von Fachärzten für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie, die Patientinnen im Alter von mindestens 18 Jahren behandeln (siehe Nutzungsbestimmungen der DiGA).
- Weitere in Betracht kommende ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit der DiGA „zanadio“ (ausgenommen Verlaufskontrolle und Auswertung) sind als Bestandteil des EBM ausschließlich über

die Gebührenordnungspositionen des EBM berechnungsfähig. Es besteht kein Anspruch auf Kosten-erstattung gemäß Paragraf 87 Absatz 5c Satz 4 SGB V.

Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme der **GOP 01473** werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst. Die **GOP 01473** wird der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet.

Vergütung

Für die neu in den EBM aufgenommene **GOP 01473** empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung auf Landesebene ist mit den Krankenkassen in Bayern noch zu vereinbaren.

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

Beschluss aus der 619. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Der Anhang 2 zum EBM wird mit Wirkung zum 1. Januar 2023 an die Version 2023 des Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) angepasst:

- Neue OPS-Codes 5-802.a und 8-802.b für offen chirurgische Eingriffe am Kniegelenk zur knöchernen Refixation des Kapselbandapparats sowie 5-393.63 für den popliteopoplitealen Bypass.
- Für einzelne neurochirurgische Eingriffe bei bereits bestehenden OPS-Codes im Anhang 2 (ab OPS-Code 5-039.32) wurden die

postoperativen Überwachungskomplexe aus den Abschnitten 31.3.2 (ambulant) und 36.3.2 (belegärztlich) ergänzt. Dies erfolgt, um der Weiterentwicklung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten Rechnung zu tragen.

Eine Übersicht über die neu aufgenommenen und geänderten 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 619. Sitzung.

Hinweis: Ankündigung von Bewertungsanpassungen beim ambulanten und belegärztlichen Operieren zum 1. Januar 2023

Die Leistungen des ambulanten und belegärztlichen Operierens werden im Zuge der Weiterentwicklung des EBM zum 1. Januar 2023 angepasst. Hierbei werden sich insbesondere die Bewertungen einzelner Operationsleistungen ändern sowie strukturelle und regulatorische Veränderungen vorgenommen. Durch die Neubewertung der Operationsleistungen kann es sowohl zu einer Anhebung als auch zu einer Absenkung der Bewertungen kommen.

Über die konkreten Änderungen zum 1. Januar 2023 informieren wir in einem gesonderten Rundschreiben, sobald der diesbezügliche Beschluss des Bewertungsausschusses vorliegt.

Labor: Verlängerung der Übergangsregelung für Transportkosten

Beschluss aus der 617. Sitzung des Bewertungsausschusses

Die Befristungen der Zuschläge auf die Grund- und Konsiliarpauschalen für Laborärzte und Transfusionsmediziner zur Vergütung der Transportkosten Labor im Zuge der Neuregelung der nicht elektronischen Kommunikation (GOPen 01699 und 12230) werden nochmals bis zum 31. Dezember 2023 verlängert. Beide GOPen werden bei Vorliegen der Voraussetzungen automatisch von der KVB zugesetzt.

Anpassungsbedarf des EBM aufgrund der Fachinformation Lynparza®

Beschluss aus der 617. Sitzung des Bewertungsausschusses

Im Rahmen der frühen Nutzenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ergab die Prüfung gemäß Paragraf 87 Absatz 5 Satz 5 SGB V einen Anpassungsbedarf im EBM. Die Anwendung des Wirkstoffs Olaparib/Lynparza® wurde um die Indikation des frühen Mammakarzinoms bei spezifischen Anwendungsvoraussetzungen erweitert. Vor Anwendung des Medikaments ist laut Fachinformation eine Untersuchung auf BRCA1/2-Mutationen erforderlich.

Zur Abbildung der Vergütung im EBM wird mit Wirkung zum 1. Januar 2023 der Leistungsinhalt der GOP 11601 (Mutationssuche in der Keimbahn) im Abschnitt 11.4.5 EBM generisch mit Verweis auf die Fachinformation gefasst. Die bisherige Aufzählung der zulässigen Indikationen ist damit nicht mehr notwendig und wird

gestrichen. Damit ist der Nachweis beziehungsweise Ausschluss von Mutationen in den Genen BRCA1 und BRCA2 auch für zukünftige Indikationen möglich, wenn dies laut Fachinformation zur Indikationsstellung einer gezielten medikamentösen Behandlung erforderlich ist.

Die Legende der GOP 19456 zum Nachweis von BRCA1/2 im Tumormaterial im Abschnitt 19.4.4 EBM wird ebenfalls allgemein gefasst und redaktionell angeglichen.

COVID-19-Präexpositionsprophylaxe: Befristete Beratungsleistung

Beschluss aus der 624. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Gesetzlich versicherte Patienten haben Anspruch auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln mit monoklonalen Antikörpern zum präventiven Schutz vor COVID-19, wenn bei ihnen

- aus medizinischen Gründen kein oder kein ausreichender Immunschutz gegen eine Erkrankung an COVID-19 durch eine Impfung erzielt werden kann oder
- Impfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 aufgrund einer Kontraindikation nicht durchgeführt werden können und sie Risikofaktoren für einen schweren Verlauf einer Erkrankung an COVID-19 haben.

Medizinische Gründe können insbesondere angeborene oder erworbene Immundefekte, Grunderkrankungen oder eine maßgebliche Beeinträchtigung der Immunantwort aufgrund einer immunsuppressiven Therapie sein.

Der Anspruch gilt ausschließlich für Arzneimittel, die über die üblichen Verkehrswege (pharmazeutischer Großhandel und Apotheken) in Verkehr gebracht werden, das heißt für die Gabe des **MAK Evusheld® (Wirkstoffe: Tixagevimab/Cilgavimab)**. Er gilt nicht für die vom Bund nach Paragraph 1 der Monoklonalen-Antikörper-Verordnung (MAKV) kostenfrei bereitgestellten Arzneimittel. Nähere Informationen zur Verordnung von Evusheld® finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung aktuell/Verordnung von Evusheld® (Tixagevimab/Cilgavimab)* vom 19. Oktober 2022.

Für die **Prüfung der Indikation, Aufklärung und Beratung ab zehn Minuten Dauer können Hausärzte, Kinder- und Jugendmediziner und fachärztliche Internisten mit und ohne Schwerpunkt** ab dem 1. Januar 2023 die neu in den Abschnitt 1.7.9 „COVID-19- Präexpositionsprophylaxe“ des EBM aufgenommene Gebührenordnungsposition 01940 abrechnen. Die GOP ist zunächst bis zum 7. April 2023 befristet.

NEU: GOP 01940 – COVID-19-Präexpositionsprophylaxe (COVID-19-PrEP) gemäß Paragraf 1a SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung

EBM-Bewertung: 163 Punkte
Preis B€GO: 18,73 Euro

- Dauer mindestens zehn Minuten.
- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt obligat.
- Die intramuskuläre Injektion der Wirkstoffe ist fakultativer Leistungsbestandteil.
- Ausschließlich bei Patienten mit oben genannter Indikation berechnungsfähig.

- Maximal zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Die zweimalige Berechnung der GOP 01940 setzt mindestens eine Gabe der COVID-19-PrEP voraus (FK 5009).
- Am Tag nicht neben den fachgruppenspezifischen Versicherten- und Grundpauschalen berechnungsfähig.
- In derselben Sitzung nicht neben der Chronikerpauschale (GOP 03220/04220) und dem problemorientierten ärztlichen Gespräch (GOP 03230/04230) berechnungsfähig.
- Im Quartal der Berechnung der GOP 01940 und im Folgequartal sind Leistungen gemäß Paragraf 2 Absatz 2 Nummer 2 der Monoklonale-Antikörper-Verordnung nicht berechnungsfähig.

Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme der GOP 01940 werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst. Die GOP 01940 wird der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet.

Vergütung

Die GOP 01940 wird innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.

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

Abrechnungshinweise zur Videosprechstunde

Für die Kosten des Videodienstes kann je Arzt-Patienten-Kontakt, der im Rahmen einer Videosprechstunde, Videokonferenz oder Videokonsilium durchgeführt wird, der sogenannte Technikzuschlag nach GOP 01450 abgerechnet werden. Die Vergütung des Technikzuschlags erfolgt insgesamt bis zu einer Höchstgrenze von 1.899 Punkten je abrechnendem Arzt/Therapeut im Quartal (zirka 47 Videosprechstunden). Der Zuschlag kann ausschließlich zu den in der Videosprechstunde berechnungsfähigen Leistungen gewährt werden.

Achten Sie daher bei Abrechnung Ihrer Videositzungen darauf, dass in der gleichen Sitzung neben der GOP 01450 nur die in der Videosprechstunde berechnungsfähigen Leistungen abgerechnet werden, um Honorareinbußen zu vermeiden.

Eine Vergütungsübersicht über die in der Videosprechstunde berechnungsfähigen Leistungen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/IT in der Praxis/Video-sprechstunde*. Hinsichtlich der notwendigen Kennzeichnung von ausschließlichen Videofällen im Quartal verweisen wir auf unseren Hinweis in den KVB INFOS, Ausgabe 11-12/2022, Seite 126.

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

Vestibularisschwannom: Stereotaktische Radiochirurgie künftig Kassenleistung

Fachärzte für Strahlentherapie und Neurochirurgie können künftig die stereotaktische Radiochirurgie (SRS) von Tumorgewebe für die Behandlung von Vestibularisschwannomen als vertragsärztliche Leistung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durchführen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat diese besondere Form der perkutanen Strahlentherapie zur alternativen Behandlung dieser speziellen Gehirntumore in die Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (MVV-RL) aufgenommen. Der Beschluss trat am 25. November 2022 in Kraft.

Patienten mit behandlungsbedürftigen Vestibularisschwannomen steht somit nun eine neue – zur operativen Tumorentfernung schonendere – Therapiemethode zur Verfügung. Mit einer hohen Strahlendosis wird präzise ausschließlich das Tumorgewebe behandelt und gleichzeitig das umliegende Gewebe durch einen starken Abfall der Strahlendosis am Rand des Zielgewebes bestmöglich geschont. Dadurch erleiden Patienten seltener Gesichtslähmungen und Hörverluste oder sie treten zumindest weniger stark ausprägend auf. Auch ist ein Krankenhausaufenthalt zumeist nicht erforderlich.

Indikation

Die SRS ist unter Berücksichtigung weiterer Therapieoptionen wie die herkömmliche Strahlentherapie oder mikrochirurgische Tumorentfernung indiziert bei Vestibularisschwannomen mit einem Durchmesser von in der Regel nicht mehr als drei Zentimetern, die aufgrund ihrer Größe, ihres Wachstumsverhaltens oder der mit ihnen verbundenen Symptomatik als behandlungsbedürftig eingestuft werden.

Anforderungen an die Qualitätssicherung

- Nur von Strahlentherapeuten und Neurochirurgen durchführbar und berechnungsfähig.
- Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß Paragraf 135 Absatz 2 SGB V durch die Kassenärztliche Vereinigung erforderlich.
- Anwendung nur mit speziell für die Hochpräzisionsbestrahlung geeigneten Geräten. Näheres hierzu regelt Nummer 40 Paragraf 3 Absatz 4 der MVV-RL.
- Indikation muss in einer interdisziplinären Tumorkonferenz gestellt werden. Näheres hierzu regelt Nummer 40 Paragraf 3 Absatz 5 der MVV-RL.

Abrechnung erst nach Aufnahme einer Leistung in den EBM möglich

Die SRS-Methode kann erst dann als Kassenleistung erbracht und abgerechnet werden, wenn diese im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen wurden. Für die Anpassung des EBM hat der Bewertungsausschuss bis zu sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinie Zeit. Die notwendige Ergänzung der bestehenden Qualitätssicherungsvereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß Paragraf 135 Absatz 2 SGB V, um das neue Genehmigungsverfahren für Neurochirurginnen und -chirurgen zu etablieren, ist zeitgleich vorgesehen. Sobald die Änderung im EBM beschlossen wurde, werden wir Sie hierüber informieren.

Sie finden den Beschluss des G-BA sowie die Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (MVV-RL) unter <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien>.

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

Kryokonservierung von Eierstockgewebe

Bei gesetzlich versicherten Patientinnen kann unter bestimmten Voraussetzungen künftig bei einer potenziell keimzellschädigenden Behandlung Eierstockgewebe entnommen und in flüssigem Stickstoff eingefroren werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Kryokonservierung von Ovarialgewebe in seiner Richtlinie zur Kryokonservierung aufgenommen. Der Beschluss trat am 15. November 2022 in Kraft.

Abrechnung erst nach Aufnahme einer Leistung in den EBM möglich

Die Kryokonservierung von Eierstockgewebe kann erst dann als Kassenleistung erbracht und abgerechnet werden, wenn eine entsprechende Leistung in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen wurde. Sobald die Aufnahme der neuen Leistung in den EBM beschlossen wurde, werden wir Sie hierüber informieren.

Sie finden den Beschluss des G-BA sowie die Richtlinie zur Kryokonservierung unter <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien>.

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

Probatorik in der Praxis bei Frühförderstellen und Tagesstätten: neue Regelungen stationären Patienten

Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom 20. Juli 2021 wurde der Paragraph 92 SGB V dahingehend geändert, dass die Durchführung von erforderlichen probatorischen Sitzungen für eine nach der Krankenhausbehandlung anschließenden ambulanten psychotherapeutischen Behandlung bereits frühzeitig während der Krankenhausbehandlung auch in der vertragsärztlichen Praxis erfolgen kann. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat bestätigt, dass diese Möglichkeit bereits jetzt besteht, auch wenn die Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) hierzu noch nicht angepasst wurde. Die Richtlinie sieht bisher nur die Durchführung der probatorischen Sitzungen in den Räumen des Krankenhauses vor (Paragraf 12 Absatz 6 Psychotherapie-Richtlinie).

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

Ab dem 1. Januar 2023 gilt eine deutlich höhere Vergütung für die Ausstellung des Förder- und Behandlungsplans (FuB) sowie für die Durchführung von Teamgesprächen im Rahmen der Kooperation mit interdisziplinären Frühförderstellen und Tagesstätten. Außerdem führen wir zum Jahreswechsel einheitliche Abrechnungsnummern zur Abrechnung der Erstausstellung beziehungsweise der Folge- oder Änderungsausstellung des FuB sowie zur Abrechnung des Teamgesprächs ein, die für alle zugelassenen Frühförderstellen beziehungsweise Tagesstätten abrechenbar sind. Die bisherigen, einrichtungsindividuellen Abrechnungsnummern verlieren zum 1. Januar 2023 ihre Gültigkeit.

Bitte setzen Sie zur Abrechnung der Ausstellung des FuB sowie der Durchführung des Teamgesprächs ab dem 1. Januar 2023 daher ausschließlich folgende Abrechnungsnummern an (siehe Tabellen).

Für die Abrechnungsnummern 94991 bis 94994 beziehungsweise 94995 bis 94998 gelten folgende Voraussetzungen:

1. Teilnahmeberechtigt sind grundsätzlich Fachärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin und an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte. Die Teilnahme am Vertrag ist freiwillig. Voraussetzung für die Teilnahme ist das Einreichen einer entsprechenden Teilnahmeerklärung.
2. Die Abrechnung ist nur mit einer **aktuell gültigen Genehmigung** der KVB zur Teilnahme am Vertrag zur Vergütung des Förder- und Behandlungsplans als Ergänzung des Rahmenvertrags zur Früherkennung und Früh-

förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in interdisziplinären Frühförderstellen und des Rahmenvertrags über die Behandlung von behinderten und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher in interdisziplinär tätigen heilpädagogischen Förder- einrichtungen (Tagesstätten) möglich.

Wichtig: Zum 1. Januar 2023 bestehende Abrechnungsgenehmigungen für eine oder mehrere zugelassene interdisziplinäre Frühförderstellen und/oder Tagesstätten werden in eine einzige einheitliche Abrechnungsgenehmigung überführt, die es ermöglicht, die Abrechnungsnummern 94991 bis 94994 sowie 94995 bis 94998 für alle zugelassenen interdisziplinären Frühförderstellen und Tagesstätten abzurechnen. „Alte“ einrichtungsindividuelle Abrechnungsgenehmigungen werden durch die „neue“ einrichtungsübergreifende Abrechnungsgenehmigung ersetzt.

Die Überführung bestehender Genehmigungen erfolgt automatisch durch die KVB. Sie müssen hierfür nichts tun.

3. Die Abrechnung ist nur für in Bayern zugelassene interdisziplinäre Frühförderstellen beziehungsweise interdisziplinär tätige heilpädagogische Tagesstätten möglich.
4. Die Abrechnungsnummern für Frühförderstellen (94991 bis 94994) und die Abrechnungsnummern für Tagesstätten (94995 bis 94998) sind im gleichen Behandlungsfall nicht nebeneinander abrechenbar.

5. Der Vergütungsanspruch nach den Abrechnungsnummern 94991 bis 94994 beziehungsweise 94995 bis 94998 besteht unabhängig von der Leistungsentscheidung des Sozialhilfeträgers über die beantragten Komplexleistungen.
6. Die Abrechnungsnummern 94991 bis 94994 beziehungsweise 94995 bis 94998 werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.
7. Es besteht **kein** Abrechnungsausschluss zwischen EBM-Leistungen und den Abrechnungsnummern 94991 bis 94994 beziehungsweise 94995 bis 94998. Gebührenordnungspositionen des EBM, wie zum Beispiel die GOP 04355 (sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung) und 04356 (Zuschlag zur GOP 04355 für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung) dürfen, sofern deren Erbringung notwendig ist, im gleichen Behandlungsfall abgerechnet werden. Bitte beachten Sie hierzu unsere entsprechenden Abrechnungshinweise.

Weitere Informationen, wie zum Beispiel die Teilnahmeerklärung, eine Liste aller zugelassenen Frühfördereinrichtungen und Tagesstätten oder die Abrechnungshinweise zu diesem Vertrag, finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Vergütungsverträge/Buchstabe „F“/Frühförderung*.

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

Abrechnungsnummern für alle interdisziplinären Frühförderstellen		
94991	Erstausstellung des FuB	37,50 Euro
	<ul style="list-style-type: none"> ■ einmal im Krankheitsfall abrechenbar ■ im gleichen Behandlungsfall nicht neben den Nummern 94992 (Folgeausstellung) und 94993 (Änderungsausstellung) abrechenbar 	
94992	Folgeausstellung des FuB	15,- Euro
	<ul style="list-style-type: none"> ■ einmal im Krankheitsfall abrechenbar ■ im gleichen Behandlungsfall nicht neben den Nummern 94991 (Erstausstellung) und 94993 (Änderungsausstellung) abrechenbar 	
94993	Änderungsausstellung des FuB	15,- Euro
	<ul style="list-style-type: none"> ■ einmal im Behandlungsfall abrechenbar ■ im gleichen Behandlungsfall nicht neben den Nummern 94991 (Erstausstellung) und 94992 (Folgeausstellung) abrechenbar 	
94994	Teamgespräch mit den Behandelnden der interdisziplinären Frühförderstelle über den Fortgang der Behandlung	18,- Euro (je Teamgespräch)
	<ul style="list-style-type: none"> ■ bis zu viermal im Krankheitsfall abrechenbar 	

Abrechnungsnummern für alle interdisziplinär tätigen heilpädagogischen Tagesstätten		
94995	Erstausstellung des FuB	37,50 Euro
	<ul style="list-style-type: none"> ■ einmal im Krankheitsfall abrechenbar ■ im gleichen Behandlungsfall nicht neben den Nummern 94996 (Folgeausstellung) und 94997 (Änderungsausstellung) abrechenbar 	
94996	Folgeausstellung des FuB	15,- Euro
	<ul style="list-style-type: none"> ■ einmal im Krankheitsfall abrechenbar ■ im gleichen Behandlungsfall nicht neben den Nummern 94995 (Erstausstellung) und 94997 (Änderungsausstellung) abrechenbar 	
94997	Änderungsausstellung des FuB	15,- Euro
	<ul style="list-style-type: none"> ■ einmal im Behandlungsfall abrechenbar ■ im gleichen Behandlungsfall nicht neben den Nummern 94995 (Erstausstellung) und 94996 (Folgeausstellung) abrechenbar 	
94998	Teamgespräch mit den Behandelnden der Tagesstätte über den Fortgang der Behandlung	18,- Euro (je Teamgespräch)
	<ul style="list-style-type: none"> ■ bis zu viermal im Krankheitsfall abrechenbar 	

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

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

Anlage I, OTC-Übersicht

- In Nummer 17 werden nach dem Wort „Eisen-(II)-Verbindungen“ die Wörter „als Monopräparate“ eingefügt.
- In Nummer 18 werden nach den Wörtern „Morbus Crohn,“ die Wörter „Zustand nach ausgedehnter Darmresektion, insbesondere“ eingefügt.
- In Nummer 22 werden nach dem Wort „Dermatika“ die Wörter „als Monopräparate“ eingefügt.
- Nummer 31 wird aufgehoben.
- In Nummer 34 werden nach dem Wort „Nystatin“ ein Komma, das Wort „oral“ und ein weiteres Komma eingefügt.
- In Nummer 36 werden nach dem Wort „Pankreasenzyme“ ein Komma, die Wörter „ausgenommen in fixer Kombination mit anderen Wirkstoffen“ und ein weiteres Komma eingefügt.

Anlage II, Lifestyle-Arzneimittel

- Aufnahme von Crinohermal (siehe unser „Verordnung Aktuell“ zu „Crinohermal fem ist als Lifestyle-Arzneimittel nicht verordnungsfähig“)

Anlage III

- Stimulantien können ab sofort Erwachsenen mit ADS/ADHS auch jenseits des vollendeten 21. Lebensjahres bei Fortführung einer bereits aufgenommenen Behandlung in therapeutisch begründeten Fällen durch Spezialistinnen/Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen verordnet werden.

(siehe unser „Verordnung Aktuell“ zu „Verordnungsfähigkeit von Stimulantien für Erwachsene“)

- Aufnahme des Wirkstoffs Febuxostat (siehe unser „Verordnung Aktuell“ zu „(Nicht-)Verordnungsfähigkeit von Febuxostat“)

Anlage V, verordnungsfähige Medizinprodukte

- ALCON BSS – wird gestrichen
- MucoClear® 6 % – Befristung der Verordnungsfähigkeit bis 26. Mai 2024

Anlage VI, Off-Label-Use

Valproinsäure bei der Migräneprophylaxe im Erwachsenenalter: Da bisher immer noch kein pharmazeutisches Unternehmen eine Anerkennung des bestimmungsgemäßen Gebrauchs abgegeben hat und damit die Haftung übernehmen würde, ist die Regelung „Valproinsäure bei der Migräneprophylaxe im Erwachsenenalter“ nach wie vor außer Kraft. Allerdings gab es eine inhaltliche Änderung, über die wir Sie in unserem „Verordnung Aktuell“ zu „Off-Label-Use von Valproinsäure bei der Migräneprophylaxe im Erwachsenenalter – außer Kraft!“ informieren.

Anlage XII, frühe Nutzenbewertung

Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen, für die der G-BA eine frühe Nutzenbewertung nach Paragraph 35a SGB V bereits abgeschlossen hat, finden Sie wirkstoffbezogen und alphabetisch sortiert auf der G-BA-Website unter www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung. Die Wirkstoffe haben wir zuletzt für Sie in *Aktuelles aus dem Verordnungsbereich* (14. November 2022) aufgelistet.

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

Befugnisse in der häuslichen Krankenpflege

Für Leistungen der häuslichen Krankenpflege sollen entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer der nach dem Leistungsverzeichnis der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) verordnungsfähigen Maßnahmen bestimmen können.

Derzeit verhandeln die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband, wie dieser Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) auf dem Verordnungsformular 12 umgesetzt werden kann. Über das Ergebnis werden wir Sie gesondert informieren.

Die Ausfüllhilfe wird von uns entsprechend angepasst und Ihnen zur Verfügung gestellt, sobald uns das aktualisierte Verordnungsformular vorliegt.

Zu diesem Beschluss finden Sie in unserem „Verordnung Aktuell“ weitere Details zum Thema „Häusliche Krankenpflege: Befugnisse für Pflegefachkräfte“.

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

Krankenhaus-/ Reha-Aufenthalt

In unserem „Verordnung Aktuell“ „Verordnungen während eines Krankenhaus-/Reha-Aufenthalts“ informieren wir, in welcher Konstellation eine Verordnung möglich oder nicht möglich ist.

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

Heilmittel-Richtlinie:

Präzisierung und redaktionelle Korrektur

Nach Einführung der neuen Heilmittel-Richtlinie zum 1. Januar 2021 gab es Fragen insbesondere zu den Bedingungen, wann von der Höchstmenge je Verordnung nach Heilmittelkatalog abgewichen werden kann und so mit einer Verordnung eine Versorgung für bis zu zwölf Wochen möglich ist. Auch gab es Unklarheiten bezüglich der Limitierung auf zwölf Einheiten je Verordnungsfall für Massagetherapien und standardisierte Heilmittelkombinationen beziehungsweise bezüglich des Umgangs mit individuellen Genehmigungen von einzelnen Krankenkassen. Der G-BA hat daher beschlossen, die Regelungen der Richtlinie dazu zu präzisieren.

Behandlungsdauer von bis zu zwölf Wochen (Paragraf 7)

Es wurde klargestellt, dass bei Versicherten mit einem langfristigen Heilmittelbedarf und auch bei Diagnosen, die einen besonderen Verordnungsbedarf begründen, notwendige Heilmittel mit einer Verordnung für eine Behandlungsdauer von bis zu zwölf Wochen veranlasst werden können, ohne dass hierbei die im Heilmittelkatalog angegebene Höchstmenge je Verordnung bindend ist.

Nach wie vor gilt, dass eine Verordnung für eine Behandlungsdauer von bis zu zwölf Wochen für ICD-10-Codes, die in Verbindung mit der entsprechenden Diagnosegruppe einen besonderen Verordnungsbedarf nach Paragraf 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V begründet, ausgestellt werden kann. Hinweise und Spezifikationen sind bis auf das Mindest- oder Höchstalter nicht bindend. Unterliegen die besonderen Verordnungsbedarfe konkreten Alterseinschränkungen, ist eine Verordnung für

einen Zeitraum von zwölf Wochen nur möglich, wenn das Alter des Patienten davon umfasst ist. Ansonsten gelten die im Heilmittelkatalog angegebenen Höchstmengen je Verordnung.

Massagetherapie und standardisierte Heilmittelkombinationen (Paragraf 12)

Es wurde klargestellt, dass Massagetherapien und standardisierte Heilmittelkombinationen auch bei den in Paragraf 7 Absatz 6 und 7 geregelten Ausnahmen auf zwölf Einheiten im Verordnungsfall begrenzt bleiben, sofern der Heilmittelkatalog nichts Abweichendes bestimmt.

Darüber hinaus erfolgen im Heilmittelkatalog in den Diagnosegruppen UI2 (Unguis Incarnatus Stadium 2 oder 3) und CS (Chronifiziertes Schmerzsyndrom) redaktionelle Korrekturen.

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

Heilmittel – Diagnoseliste ergänzt

Die Diagnoseliste wurde um weitere Indikationen in der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf und besonderen Verordnungsbedarf ergänzt

Eine Übersicht der Ergänzungen finden Sie in unserem „Verordnung Aktuell“ zum Thema „Heilmittel: Diagnoseliste zum 1. Januar 2023 ergänzt“.

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

Krankentransport-Richtlinie

Krankenfahrt zu Gesundheits- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

In besonderen Ausnahmefällen können Ärzte Fahrten zur ambulanten Behandlung verordnen. Dass von diesen ambulanten Behandlungen auch Fahrten zu Gesundheits- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen umfasst sind, hat der Gemeinsame Bundesausschuss jüngst klargestellt.

Unsere FAQ zur Krankenförderung wurden um diese Information ergänzt und wieder veröffentlicht.

Psychiatrische Häusliche Krankenpflege (pHKP)

Ab sofort sind auch Fachärzte mit Zusatzweiterbildung Psychotherapie verordnungsberechtigt. Bisher durften schon Fachärzte für Nervenheilkunde, Neurologie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie, für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Fachärzte in psychiatrischen Institutsambulanzen nach Paragraf 118 SGB V pHKP verordnen. Darüber hinaus können Hausärzte für einen begrenzten Zeitraum pHKP verordnen, sofern eine vom Facharzt gesicherte Diagnose vorliegt, die nicht älter als vier Monate ist.

Weitere Details lesen Sie in unserem „Verordnung Aktuell“ zum Thema „Verordnung einer psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (pHKP)“.

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

Schutzimpfungs-Richtlinie

Gelbfieber

Die STIKO aktualisierte ihre Empfehlung zur Gelbfieberimpfung als Reiseindikation beziehungsweise als berufliche Indikation (https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben/32_22.pdf?__blob=publicationFile). Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) setzt die Empfehlungen der STIKO in der Schutzimpfungs-Richtlinie (<https://www.g-ba.de/richtlinien/60/>) um

- für eine Auffrischimpfung gegen Gelbfieber bei beruflicher Indikation,
- für eine Gelbfieber-Auffrischimpfung aus Anlass eines Auslandsaufenthalts.

Soweit die STIKO Ausnahmen und Besonderheiten für eine Auffrischimpfung bei Schwangeren, Personen mit Immundefizienz sowie Kindern vorsieht, wird auf die Ausführungen im Epidemiologischen Bulletin verwiesen.

Pflegebonusgesetz

Mit dem Pflegebonusgesetz ergeben sich Änderungen in der Schutzimpfungs-Richtlinie in Bezug auf die Durchführung von Schutzimpfungen durch weitere berechtigte Personen wie beispielsweise von Gripeschutzimpfungen durch Apotheken.

Affenpocken

Auf Basis der aktuellen Impfempfehlung der STIKO (Juni 2022) sowie der aktuell nur eingeschränkten Verfügbarkeit des Impfstoffs wurde zwischen dem Bayerischen Gesundheitsministerium und der Bayerischen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e. V. (BAG-NÄ) abgestimmt, dass Impfungen gegen Affenpocken durch Vertrags-

ärzte, die über eine aktuell gültige Genehmigung der KVB zur spezialisierten Behandlung von HIV/AIDS-Erkrankungen oder HIV-Präexpositionsprophylaxe verfügen, durchgeführt werden können. Zudem werden Impfungen in Klinikambulanzen der HIV-Versorgung und HIV-Prävention (PrEP) durchgeführt. Die betroffenen HIV-Schwerpunktpraxen wurden am 18. Juli 2022 und 17. November 2022 von der KVB per Serviceschreiben über Bezug und Transport informiert.

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

DMP Diabetes Typ 1 – koordinierender Hausarzt

Vertragsärzte der hausärztlichen Versorgung sind berechtigt, als koordinierende Ärzte am DMP Diabetes mellitus Typ 1 teilzunehmen. Die koordinierende Hausärztin/der koordinierende Hausarzt betreut dabei die Diabetes mellitus Typ 1-Patienten in enger Kooperation mit einem im DMP-Vertrag eingebundenen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt. Insbesondere gilt es dabei, die Patienten bei Vorliegen folgender Indikatoren zu überweisen, soweit die eigene Qualifikation dies für deren Behandlung erforderlich macht:

- augenärztliche Untersuchung
- Einleitung einer Insulinpumpentherapie
- Einschränkung der Nierenfunktion
- Fußläsion
- geplante oder bestehende Schwangerschaft
- Hypertonie
- Hypoglykämien oder Ketoazidosen
- Manifestation
- mikrovaskuläre Komplikationen oder Neuropathie
- Nichterreichen des HbA1c-Zielwerts

Patienten sollten grundsätzlich mindestens einmal pro Jahr zu diabetologisch besonders qualifizierten Ärzten überwiesen werden. Im Übrigen obliegt es dem Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen, über eine Überweisung zu entscheiden.

Die Überweisungsregeln und weitere Informationen zu den DMP finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Alternative Versorgungsformen/DMP*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
E-Mail QS-Team-DMP@kvb.de

Röntgen-Strahlenschutz: Anschaffung eines DFP-Messgeräts verpflichtend

Laut der bis 31. Dezember 2018 geltenden Röntgenverordnung (RöV) war gemäß Paragraf 3 Absatz 3 Nummer 2b zu gewährleisten, dass (soweit es sich nicht um eine Röntgeneinrichtung handelt, die vor dem 1. Juli 2002 erstmalig in Betrieb genommen worden ist) Vorrichtungen zur Anzeige der Strahlenexposition des Patienten vorhanden sind oder, falls dies nach dem Stand der Technik nicht möglich ist, die Strahlenexposition des Patienten auf andere Weise unmittelbar ermittelt werden kann.

Am 5. Dezember 2018 wurde die neue Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) veröffentlicht, die am 31. Dezember 2018 in Kraft getreten ist. Zusammen mit dem bereits 2017 veröffentlichten Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) löst diese Rechtsverordnung die bislang geltende Röntgenverordnung (RöV) ab.

Wir möchten Sie in diesem Zusammenhang über eine Änderung zur Dosisflächenprodukt-Anzeige (DFP) informieren. Diese ist in Paragraf 114 Absatz 1 StrlSchV geregelt:

Der Strahlenschutzverantwortliche hat dafür zu sorgen, dass eine Röntgeneinrichtung zur Anwendung am Menschen nur verwendet wird, wenn sie

1. über eine Funktion verfügt, die die Parameter zur Ermittlung der bei der Anwendung erhaltenen Exposition der untersuchten oder behandelten Person anzeigt, oder, falls dies nach dem Stand der Technik nicht möglich ist, mit der die erhaltene Exposition der untersuchten oder behandelten Person auf andere Weise ermittelt werden kann,

2. über eine Funktion verfügt, die die Parameter, die zur Ermittlung der Exposition der untersuchten oder behandelten Person erforderlich sind, elektronisch aufzeichnet und für die Qualitätssicherung elektronisch nutzbar macht,
3. im Falle der Verwendung zur Durchleuchtung über eine Funktion zur elektronischen Bildverstärkung und zur automatischen Dosisleistungsregelung oder über eine andere, mindestens gleichwertige Funktion verfügt,
4. im Falle der Verwendung zur Durchleuchtung bei Interventionen neben der Vorrichtung oder Funktion nach Nummer 1 über eine Funktion verfügt, die der Person nach Paragraf 145 durchgängig während der Anwendung die Parameter zur Ermittlung der Exposition der untersuchten Person anzeigt.

Die dazugehörige Übergangsvorschrift ist in Paragraf 195 Absatz 1 StrlSchV geregelt:

Paragraf 114 Absatz 1 Nummer 1 gilt für Röntgeneinrichtungen, die vor dem 1. Juli 2002 erstmals in Betrieb genommen wurden, ab dem 1. Januar 2024.

Das bedeutet konkret, dass auch für sogenannte Altgeräte ab dem 1. Januar 2024 zwingend ein Dosisflächenprodukt-Messgerät nachgerüstet worden sein muss. Ab diesem Stichtag werden Angaben in mAs-Nachanzeige nicht mehr akzeptiert werden und führen zu einer negativen Bewertung im Rahmen der „Stichprobenprüfung konventionelle Radiologie“.

Für folgende Untersuchungen gilt diese Übergangsregelung jedoch nicht. Hierfür müssen zwingend

Dosisflächenprodukt-Messgeräte in der Praxis vorhanden sein:

- kinderradiologische Untersuchungen am Körperstamm
- Durchleuchtungsuntersuchungen des Gastrointestinaltrakts
- interventionelle Verfahren
- Angiographien, einschließlich Phlebographien, DSA und kardilogische Untersuchungen

Im Leitfaden zur Handhabung der diagnostischen Referenzwerte in der Röntgendiagnostik wird bei konventionellen Röntgenuntersuchungen als physikalische Einheit $cGy \cdot cm^2$ beziehungsweise $\mu Gy \cdot m^2$ vorgegeben. Wir empfehlen Ihnen daher, die Dosiswerte in der Maßeinheit $cGy \cdot cm^2$ oder $\mu Gy \cdot m^2$ zu dokumentieren, insbesondere bei Aufnahmen des Körperstamms, bei denen diagnostische Referenzwerte vorliegen. Nur dann ist Ihnen und uns eine Überprüfung möglich, ob die diagnostischen Referenzwerte eingehalten werden.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertinnen telefonisch unter

Angelika Stömmmer	0 89 / 5 70 93 – 33 44
Andrea Kopeczek	0 89 / 5 70 93 – 33 46
Elisa Rosenberger	0 89 / 5 70 93 – 35 17
Nicole Schwertl	0 89 / 5 70 93 – 23 40

oder per Fax unter

0 89 / 5 70 93 – 6 33 44 oder 6 45 17

QEP® – Qualität und Entwicklung in Praxen: Neuauflagen 2022

Das spezifisch auf die ambulante Versorgung zugeschnittene, modular aufgebaute Qualitätsmanagement-Verfahren „QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen®“ wurde von den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten sowie weiteren Experten entwickelt. Es unterstützt Niedergelassene bei ihren Management- und Führungsaufgaben, insbesondere auch bei der Einhaltung normativer Vorgaben, wobei die Patientenversorgung stets im Mittelpunkt steht.

Der QEP-Qualitätsziel-Katalog® sowie das QEP-Manual^{plus}®, das einen individuellen Zugangs-Code zum Webportal OnlinePlus® beinhaltet, sind ab sofort in der umfassend aktualisierten und überarbeiteten dritten Auflage erhältlich.

Der QEP-Qualitätsziel-Katalog® ist der Basis-Baustein von QEP. Er beinhaltet eine Sammlung von relevanten Zielen, die die vielfältigen Aspekte von Praxen abbilden und bietet Anregungen zu Inhalten und Struktur des praxisinternen Qualitätsmanagements. Die Version 2022, zu der nun zusätzlich ein eBook gehört, enthält bei unveränderter Systematik in kompakter Form die 62 sogenannten Kernziele mit kurzen Erläuterungen. Als neue Kernziele sind nun unter anderem der systematische Umgang mit Risiken, der Schutz vor Missbrauch und Gewalt, der sichere Einsatz von Informationstechnologie sowie Mitarbeiterbefragungen berücksichtigt.

Das QEP-Manual^{plus}® 2022, der Service-Baustein von QEP, beinhaltet zu allen Kernzielen Anleitungen und

praktische Tipps in Form von Umsetzungsvorschlägen. Zusätzlich sind nun weitere 78 Qualitätsziele mit Erläuterungen enthalten. In dem passwortgeschützten Webportal OnlinePlus® werden über 200 individuell anpassbare Musterdokumente sowie weitere Informationen und Services bereitgestellt.

Nähere Informationen zu QEP und den Werken finden Sie unter www.kbv.de/qm.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
E-Mail qualitaetsmanagement@kbv.de

Krebsfrüherkennung: elektronische Dokumentation

Für die im Rahmen der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) geregelten Programme zur Früherkennung von Darmkrebs und Zervixkarzinomen ist eine elektronische Dokumentation der hierfür durchgeführten präventiven Leistungen Voraussetzung für die Abrechnung. Für jede Leistung ist der passende Dokumentationsbogen auszufüllen und an die Datenannahmestelle zu übermitteln. Die Übermittlung kann mittels KV-Connect oder über das Mitgliederportal „Meine KVB“ erfolgen. Hier kann man in der Kategorie „Qualität“ über den Service „sQS und Krebsfrüherkennung“ sowohl Dateien einreichen als auch den Status von bereits eingereichten Dokumentationen verfolgen. Die Dokumentationsbögen sollten möglichst quartalsweise übermittelt werden, hierzu sind nachfolgend die Einreichungsfristen aufgeführt. Diese gewohnten Fristen gelten auch für das **Erfassungsjahr 2023**.

1. Quartal:

Einreichung bis 15. Mai

2. Quartal:

Einreichung bis 15. August

3. Quartal:

Einreichung bis 15. November

4. Quartal:

Einreichung bis 28. Februar des Folgejahrs

Korrekturen:

Einreichung bis 15. März des Folgejahrs

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

QS PCI und QS NET: Elektronische Dokumentation

Für das Erfassungsjahr 2023 gelten für die Übermittlung der elektronischen Dokumentationen in den QS-Verfahren „Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)“ und „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)“ folgende Einreichungsfristen:

1. Quartal

Einreichung bis 15. Mai

2. Quartal

Einreichung bis 15. August

3. Quartal

Einreichung bis 15. November

4. Quartal

Einreichung bis 28. Februar des Folgejahres

Korrekturen

Einreichung bis 15. März des Folgejahres

Für das Erfassungsjahr 2022 ist sicherzustellen, dass alle Daten bis zum 28. Februar 2023 übermittelt wurden. Es besteht auch eine Korrekturfrist bis zum 15. März 2023.

QS PCI: Für die zum 1. Juli 2022 gestartete Patientenbefragung sind die Adress- und Behandlungsdaten aller in einem Monat im Rahmen des Verfahrens QS PCI behandelten Patientinnen und Patienten weiterhin monatlich zum siebten Tag des Folgemonats zu übermitteln.

QS NET: Ab dem Erfassungsjahr 2023 startet zudem die systematische Auslösung der elektronischen Dokumentationen von Dialysen bei Kindern und Jugendlichen.

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

Vorsorglicher Widerspruch – richtigen Zeitpunkt nicht verpassen

Für den Fall, dass Sie Widerspruch gegen einen Bescheid der KVB einlegen wollen, sind bestimmte Formvorschriften zu beachten. Wichtig ist unter anderem der richtige Zeitpunkt.

Ein Widerspruch ist nur gegen einen Bescheid (juristisch gesprochen „Verwaltungsakt“) möglich, der bereits ergangen ist. Der Bescheid muss also bekanntgegeben worden sein. Dies ist regelhaft dann der Fall, wenn der Bescheid postalisch versandt und zugegangen ist. Ein zuvor eingelegter Widerspruch ist unzulässig. Ein Widerspruch – zum Beispiel gegen den Honorarbescheid – ist damit erst zulässig, wenn dieser postalisch versandt wurde.

Die Bereitstellung des Honorarbescheids, einschließlich der Honorarunterlagen in der elektronischen Abrechnungsakte, der in unserer Online-Anwendung „Unterlagen einsehen“ im Mitgliederportal „Meine KVB“ hinterlegt ist, stellt hingegen keine Bekanntgabe dar, sondern lediglich ein Informationsangebot (siehe www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/SmarAkt* sowie direkt im Mitgliederportal „Meine KVB“ unter „Unterlagen einsehen“, wonach ein Widerspruch gegen den Honorarbescheid/die Richtigstellungsmitteilung erst ab Erhalt der postalisch versandten Honorarunterlagen zulässig ist.).

Bitte beachten Sie andererseits die Widerspruchsfrist: Nach der Bekanntgabe kann nur innerhalb eines Monats Widerspruch erhoben werden. Widersprüche, die nach Ablauf der einmonatigen Widerspruchsfrist eingehen, sind verfristet und damit ebenso wie ein zu früh eingelegter Widerspruch unzulässig. Informationen zur Frist können Sie der Rechts-

behelfsbelehrung entnehmen, die auf den Bescheiden der KVB angegeben ist. Die Rechtsbehelfsbelehrung enthält zudem Hinweise zur Form der Widerspruchseinlegung.

Bei Fragen erreichen Sie unseren Experten telefonisch unter Martin Segner 0 89 / 5 70 93 – 34 80

Fachgebiets-Thesauren Versionen 2023

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) stellt unter <https://www.zi.de/projekte/kodierung/zi-thesauren> Hausarzt-/Facharzt-Thesauren sowie den Bereitschaftsdienst-Thesaurus in den aktuellen Versionen 2023 zur Verfügung, die die gebräuchlichsten Diagnoseverschlüsselungen für die einzelnen Fachgebiete wiedergeben und die am häufigsten im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst dokumentiert werden und versieht diese mit den im Praxisalltag gebräuchlichen Bezeichnungen. Es handelt sich um anwenderfreundliche und praxisorientierte Übersichten für die Unterstützung der ICD-Kodierung der ärztlichen und psychotherapeutischen Tätigkeiten. Diese stehen zur Ansicht und Download auf der Website des Zi zur Verfügung

Weitere Informationen zu Thesauren finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Erstellung-Abgabe-Korrektur/ICD-10/Thesauren*.

