

# KVBIINFOS

07 | 20  
08 | 20

## ABRECHNUNG

- 86 Die nächsten Zahlungstermine
- 86 Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2020
- 88 Neugestaltung Vergütung elektronischer und nicht-elektronischer Kommunikation
- 92 Zweitmeinungsverfahren – Abrechnungshinweise für Erstmeiner
- 92 GOP 03335 – Abrechnungsausschlüsse angepasst
- 92 Akuttherapie: Höhere Kontingente

- 93 Tumortherapiefelder beim Glioblastom: Bald GKV-Leistung
- 93 Hyposensibilisierungsbehandlung
- 94 Unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes
- 94 Neue PTV-Formulare

## VERORDNUNG

- 95 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 96 Frühe Nutzenbewertung: Verordnungssoftware
- 97 Sprechstundenbedarf

- 97 Häusliche Krankenpflege
- 98 Psychiatrische häusliche Krankenpflege
- 98 Podologische Therapie ab 1. Juli 2020
- 98 Künstliche Befruchtung: Verordnung von Arzneimitteln
- 98 Masern, Mumps, Röteln oder Varizellen
- 99 Hilfsmittel zum Schutz vor Nadelstichverletzungen

## QUALITÄT

- 99 ASV – Neue Beschlüsse in Kraft

## HINWEIS: KEINE KVB-SEMINARE BIS ENDE JULI

Aufgrund der Anordnungen zur Eindämmung des Coronavirus führt die KVB bis 31. Juli 2020 keine Seminare durch. Das Seminarprogramm beginnt wieder nach der Sommerpause im September 2020. Deswegen verzichten wir in dieser Ausgabe auf die gewohnte Veröffentlichung der Seminartermine.

Über das angepasste Seminarprogramm informieren wir Sie laufend unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Service/Fortbildung*.

## Die nächsten Zahlungstermine

**10. Juli 2020**  
Abschlagszahlung Juni 2020

**31. Juli 2020**  
Restzahlung 1/2020

**10. August 2019**  
Abschlagszahlung Juli 2020

**10. September 2020**  
Abschlagszahlung August 2020

**12. Oktober 2020**  
Abschlagszahlung September 2020

**30. Oktober 2020**  
Restzahlung 2/2020

**10. November 2020**  
Abschlagszahlung Oktober 2020

**10. Dezember 2020**  
Abschlagszahlung November 2020

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

## Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2020

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 2. Quartal 2020 bis spätestens **Freitag, den 10. Juli 2020**, online im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ über die Kachel „Dateien einreichen“ oder über den Kommunikationskanal KV-Connect.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
„Abrechnungskorrekturen“  
Vogelsgarten 6  
90402 Nürnberg

### Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

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

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

### Sammelerklärung

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

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

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

Die Einreichung der Sammelklärung an die KVB in Papierform ist aufgrund der erforderlichen Originalunterschrift(en) weiterhin notwendig.

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

### Anschrift für Briefsendungen:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
„Quartalsabrechnung“  
93031 Regensburg

### Anschrift für Päckchen/Pakete:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Yorckstraße 15  
93049 Regensburg

Bitte vergessen Sie nicht, den Arztstempel einschließlich der Betriebsstättennummer auf den eingereichten Unterlagen sowie dem Briefumschlag anzubringen.

### Neu: Verlängerung der Abgabefrist komfortabel über „Meine KVB“

Sollten Sie einmal die Frist nicht einhalten können, besteht die Möglichkeit, eine Fristverlängerung online über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ über die Funktion „Dateien einreichen“ zu beantragen. Sie können aber auch weiterhin unter der E-Mail-Adresse [Terminverlaengerung@kvb.de](mailto:Terminverlaengerung@kvb.de) mit Begründung eine Verlängerung der Abgabefrist beantragen.

**Wichtig:** Eine mögliche Verlängerung der Abgabefrist bezieht sich nur auf die Abrechnung nicht bereits verjährter Fälle und nicht auf die elektronische Dokumentation der

Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen der KVB.

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11

E-Mail [Abrechnungsberatung@kvb.de](mailto:Abrechnungsberatung@kvb.de)

### Notarzteinsätze über emDoc

Eine Besonderheit stellt die Einreichung und Abrechnung von Notarzteinsätzen über emDoc dar. Mit emDoc können Sie Ihre Fälle laufend zur Abrechnung einreichen. Alle bis zum jeweiligen Abrechnungslauf eingereichten Fälle werden berücksichtigt.

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

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

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88

Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25

E-Mail [emDoc@kvb.de](mailto:emDoc@kvb.de)

## Neugestaltung Vergütung elektronischer und nicht-elektronischer Kommunikation

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 481. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) mit Wirkung zum 1. Juli 2020 Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) beschlossen. Über die wichtigsten Änderungen wurden die betroffenen Ärzte in gesonderten Rundschreiben bereits informiert. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese nochmals in Kürze dar.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses wurde auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses ([www.institut-des-bewertungsausschusses.de](http://www.institut-des-bewertungsausschusses.de) in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse) veröffentlicht. Er steht unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Seit dem 1. Januar 2017 werden elektronische Arztbriefe (eArztbriefe) nach dem E-Health-Gesetz von den Krankenkassen finanziell gefördert. Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG), das zu Beginn dieses Jahres in Kraft getreten ist, treibt der Gesetzgeber die Digitalisierung im Gesundheitswesen weiter voran (wir berichteten in KVB FORUM 3/2020). Um im Zuge der Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI) den Umstieg auf die elektronische Kommunikation zu beschleunigen, soll nach dem Willen des Gesetzgebers der Versand elektronischer Arztbriefe und Befunde besser vergütet werden als per Fax versendete Arztbriefe.

Entsprechend dieser gesetzlichen Vorgabe wird die Erstattung von Versandkosten für Arztbriefe und Befunde neu geregelt. Die bisherigen Vergütungsregelungen für die eArztbriefe werden in der neuen Anlage 8 zur TI-Finanzierungsvereinbarung

(Anlage 32 BMV-Ärzte) weitergeführt sowie erweitert und der Bewertungsausschuss hat zusätzliche Vergütungsregelungen für die elektronische Kommunikation im EBM beschlossen. Elektronische Arztbriefe werden bereits ab 1. April 2020 stärker gefördert und für Portokosten gibt es ab dem 1. Juli 2020 nur noch eine Pauschale. Neu ist zudem eine Fax-Kostenpauschale.

**Hinweis zu Portokosten nach GOP 40122 während der Corona-Krise**  
Sofern die Corona-Krise anhält, wird auf Bundesebene noch geklärt, wie die weitere Vergütung des Portos im Zusammenhang mit der postalischen Zustellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Wiederholungsrezepten, Überweisungsscheinen und/oder anderen ärztlichen Verordnungen sichergestellt werden kann. Aktuelle Informationen finden Sie auf der KVB-Themenseite unter [www.kvb.de/coronavirus](http://www.kvb.de/coronavirus).

### Vergütungsregelungen nach der TI-Finanzierungsvereinbarung

Der eArztbrief kann künftig nur noch abgerechnet werden, wenn der sichere Kommunikationsdienst in der TI „Kommunikation im Medizinwesen“, kurz KIM, eingesetzt wird (ehemals KOM-LE genannt). Bis zur Verfügbarkeit des Kommunikationsdienstes sind die Pauschalen vorerst auch für versendete und empfangene eArztbriefe über den sicheren Kommunikationskanal KV-Connect abrechenbar. Mit KIM ist voraussichtlich ab der Jahresmitte 2020 zu rechnen.

Informationen zu KV-Connect erhalten Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/KV-Connect*.

### Kostenpauschalen für die Übermittlung von eArztbriefen – Änderungen ab 1. April 2020

Pro übermitteltem eArztbrief gibt es weiterhin eine Vergütung von 55 Cent - aufgeteilt auf

- 0,28 Euro für den Versand eines eArztbriefes (GOP 86900)
- 0,27 Euro für den Empfang eines eArztbriefes (GOP 86901)

Für die Pauschalen gilt ab 1. April 2020 ein gemeinsamer **Höchstwert von 23,40 Euro je Quartal und Arzt/Psychotherapeut**. Die Vertragspartner haben sich darauf verständigt, jährlich den Ausschöpfungsgrad des Höchstwertes zu überprüfen.

Voraussetzung für den Erhalt der Vergütung für das Versenden und Empfangen eines eArztbriefes ist, dass dadurch jeweils der Versand als Brief oder Fax entfällt und keine zusätzlichen Kostenpauschalen des Abschnitts 40.4 des EBM hierfür abgerechnet werden.

### Weitere Pauschalen in der TI-Finanzierungsvereinbarung – Änderungen ab 1. April 2020

Zur Erstattung der Kosten für die Nutzung des sicheren Übermittlungsdienstes KIM können nach Anlage 8 der TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ärzte) die folgenden Pauschalen berechnet werden.

### Ab 1. April 2020 auch ohne Anschluss an die TI oder Anschluss an KIM berechnungsfähig:

- Betriebskostenpauschale: 23,40 Euro pro Quartal je Vertragsarztpraxis

**Nach Verfügbarkeit von KIM berechnungsfähig:**

- Einrichtungspauschale: 100,- Euro je Vertragsarztpraxis, einmalig bei nachweislichem Anschluss an KIM
- Weiterhin die Betriebskostenpauschale: 23,40 Euro pro Quartal je Vertragsarztpraxis

Voraussetzung für die Nutzung des Kommunikationsdienstes KIM ist eine TI-Anbindung mit aktuellem E-Health-Konnektor. Weitere Informationen hierzu finden Sie in Kürze unter [www.kvb.de/ti](http://www.kvb.de/ti).

**Neue Vergütungsregelungen im EBM ab 1. Juli 2020**

**Neuer Zuschlag zur Förderung von eArztbriefen**

Um die Versendung von eArztbriefen weiter zu fördern, wird ab dem 1. Juli 2020 – befristet für einen Zeitraum von drei Jahren – ein neuer Zuschlag in den Abschnitt 1.6 (Schriftliche Mitteilungen, Gutachten) des EBM aufgenommen.

**Neu: GOP 01660 – Zuschlag zur eArztbrief-Versandpauschale** gemäß Anlage 8 Paragraf 2 Absatz 3 der TI-Finanzierungsvereinbarung

EBM-Bewertung: 1 Punkt  
Preis B€GO: 0,11 Euro

Der Zuschlag nach GOP 01660 wird auch dann vergütet, wenn der Höchstwert für der Übermittlung von eArztbriefen nach der TI-Finanzierungsvereinbarung (23,40 Euro je Quartal und Arzt) erreicht beziehungsweise überschritten wird. Er fließt nicht in die Berechnung des Höchstwertes ein.

**Beispiele:**

- Ein Arzt versendet 25 eArztbriefe und empfängt 75 eArztbriefe (gesamt 27,25 Euro). Er erhält den Höchstbetrag von 23,40 Euro zuzüglich der Strukturförderpauschale für den Versand von rund 2,75 Euro (25 x 0,11 Euro).
- Ein Psychotherapeut versendet 20 eArztbriefe und empfängt 30 (gesamt 13,70 Euro). Er erhält 13,70 Euro zuzüglich der Strukturförderpauschale von rund 2,20 Euro (20 x 0,11 Euro).

Die Gebührenordnungsposition 01660 wird durch die KVB automatisch zu jeder abgerechneten eArztbrief-Versandpauschale (GOP 86900) zugefügt. Bitte achten Sie daher bei Abrechnung der GOP 86900 darauf, dass die Voraussetzungen zur Berechnungsfähigkeit der eArztbrief-Versandpauschale vorliegen.

**Neue Kostenpauschalen für Brief und für Fax ersetzen bisherige Pauschalen**

**Brief:**

Für die Versendung von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen gibt es ab dem 1. Juli 2020 nur noch eine **neue Porto-Kostenpauschale**. Sie kann nur abgerechnet werden, wenn der Brief per Post verschickt wird.

**Neu: GOP 40110 – Kostenpauschale für die Versendung beziehungsweise den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen**

Bewertung: 0,81 Euro

Die bisherigen Porto-Kostenpauschalen nach den **GOPen 40120 bis 40126** und die Kostenpauschale für die Kopie beziehungsweise die EDV-technische Abschrift nach **GOP 40144** werden aus dem EBM gestrichen. Die Pauschalen können ab dem 1. Juli 2020 nicht mehr abgerechnet werden.

**Fax:**

Es wird zum 1. Juli 2020 eine eigene Fax-Kostenpauschale neu in den EBM aufgenommen:

**Neu: GOP 40111 - Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes**

Bewertung ab 1. Juli 2020: 0,10 Euro  
Bewertung ab 1. Juli 2021: 0,05 Euro

**Erläuterungen zur Bewertung:**

Der Gesetzgeber hat im DVG (Paragraf 291f Absatz 5) festgelegt, dass die Faxvergütung zunächst nicht mehr als die Hälfte der Vergütung eines eArztbriefs betragen darf, in einem zweiten Schritt nicht mehr als ein Viertel.

**Gemeinsamer Höchstwert für Briefporto und Fax:**

Die neuen Kostenpauschalen 40110 und 40111 unterliegen einem gemeinsamen **Höchstwert je Arzt/ Psychotherapeut**. Dieser Höchstwert ist **arztgruppenspezifisch** festgelegt und in der nachfolgenden Übersicht dargestellt. Ausnahmen von der AG-spezifischen Festlegung sind nicht vorgesehen.

Kapitel bzw. Abschnitt	Arztgruppe	Höchstwerte in Euro		
		ab 1. Juli 2020	ab 1. Juli 2021	ab 1. Juli 2022
1.3	Ärzte, Institute und Krankenhäuser, die zur Erbringung von Leistungen ermächtigt sind	34,83	23,49	5,67
3	Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten und praktische Ärzte	38,88	26,73	6,48
4	Kinder- und Jugendmedizin	38,88	26,73	6,48
5	Anästhesiologie	29,97	20,25	4,86
6	Augenheilkunde	42,12	29,16	7,29
7	Chirurgie	115,02	79,38	19,44
8	Gynäkologie	45,36	31,59	7,29
9	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	68,85	46,98	11,34
10	Dermatologie	53,46	36,45	8,91
11	Humangenetik	93,96	64,80	16,20
13.2	Innere Medizin, fachärztliche Internisten ohne SP	198,45	136,89	34,02
13.3.1	Innere Medizin, SP Angiologie	239,76	165,24	41,31
13.3.2	Innere Medizin, SP Endokrinologie	294,03	202,50	51,03
13.3.3	Innere Medizin, SP Gastroenterologie	264,06	181,44	45,36
13.3.4	Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie	278,64	191,97	47,79
13.3.5	Innere Medizin, SP Kardiologie	309,42	213,03	53,46
13.3.6	Innere Medizin, SP Nephrologie	126,36	86,67	21,87
13.3.7	Innere Medizin, SP Pneumologie	367,74	253,53	63,18
13.3.8	Innere Medizin, SP Rheumatologie	317,52	218,70	55,08
14	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	22,68	15,39	3,24
15	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	23,49	16,20	4,05
16	Neurologie, Neurochirurgie	149,04	102,87	25,92
17	Nuklearmedizin	405,81	279,45	69,66
18	Orthopädie	150,66	103,68	25,92
20	Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	108,54	74,52	18,63
21	Psychiatrie	51,84	35,64	8,91

Kapitel bzw. Abschnitt	Arztgruppe	Höchstwerte in Euro		
		ab 1. Juli 2020	ab 1. Juli 2021	ab 1. Juli 2022
21	Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie	141,75	98,01	24,30
22	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	5,67	4,05	0,81
23	Psychotherapie	6,48	4,05	0,81
24	Radiologie	445,50	306,99	76,95
25	Strahlentherapie	133,65	92,34	22,68
26	Urologie	140,94	97,20	24,30
27	Physikalische und Rehabilitative Medizin	73,71	51,03	12,15

Der Bewertungsausschuss wird bis zum 31. Dezember 2022 die Vergütung und Abbildung der elektronischen und nicht-elektronischen vertragsärztlichen Kommunikation überprüfen und über die Ergebnisse und den Umgang mit den Ergebnissen beraten.

#### Sonderregelung für Laborärzte/Transfusionsmediziner (Kap. 12) – eigene Zuschläge

Durch die Streichung der bisherigen Kostenpauschalen 40120 bis 40126 und 40144 und die Neufassung des Abschnitts 40.4 EBM zum 1. Juli 2020 entfällt die Berechnungsfähigkeit der Kosten für die Versendung beziehungsweise den Transport von Briefen und Telefaxen für die Arztgruppen gemäß Präambel 12.1 EBM (Laborärzte, Transfusionsmediziner, FÄ für Mikrobiologie und Infektions-epidemiologie).

Die auf diese Arztgruppen entfallenden bisherigen Kosten aus den gestrichenen GOPen werden über neue Zuschläge im EBM abgebildet.

Diese neuen Zuschläge werden zunächst für ein Jahr befristet aufgenommen:

#### Neu: GOP 01699 – Zuschlag zur Laborgrundpauschale nach GOP 01700, einmal im Behandlungsfall

EBM-Bewertung: 6 Punkte  
Preis B€GO: 0,66 Euro

#### Neu: GOP 12230 – Zuschlag zur Konsiliarpauschale GOP 12210 beziehungsweise zur Laborgrundpauschale nach GOP 12220, einmal im Behandlungsfall

EBM-Bewertung: 6 Punkte  
Preis B€GO: 0,66 Euro

- Die Gebührenordnungsposition 01699 und/oder 12230 wird bei Vorliegen der Voraussetzungen von der KVB zugesetzt.
- Beide Zuschläge können im Behandlungsfall nicht neben den Kostenpauschalen 40100, 40110 und 40111 berechnet werden.

Der Bewertungsausschuss prüft bis zum 31. Dezember 2020 die Abbildung der Transportkosten in Verbindung mit Labordiagnostik, Histologie, Zytologie und Molekulargenetik im EBM. Ein entsprechender Beschluss zur Abbildung im EBM soll dann mit Wirkung zum 1. Juli 2021 gefasst werden.

Mehr Informationen zur TI finden Sie unter [www.kvb.de/ti](http://www.kvb.de/ti).

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

beziehungsweise unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 40  
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11  
E-Mail [Online-Dienste@kvb.de](mailto:Online-Dienste@kvb.de)



## Zweitmeinungsverfahren – Abrechnungshinweise für Erstmeiner

Patienten können vor einer Mandelteilresektion (Tonsillotomie), einer vollständigen Entfernung der Gaumenmandeln (Tonsillektomie), einer Gebärmutterentfernung (Hysterektomie) sowie – seit diesem Jahr neu – vor einer geplanten Schulterarthroskopie eine Zweitmeinung einholen. Der indikationsstellende Arzt (Erstmeiner) ist verpflichtet, seine Patienten vor einem solchen Eingriff über die Möglichkeit einer Zweitmeinung aufzuklären und nötige Unterlagen für den Zweitmeiner bereitzustellen. Hierfür können Sie die GOP 01645 abrechnen. Die Leistungen des Zweitmeinungsverfahrens werden extrabudgetär vergütet und bedürfen hierfür einer gesonderten Kennzeichnung in der Abrechnung.

Bitte achten Sie bei Abrechnung der GOP 01645 auf die eingriffsspezifische Kennzeichnung, damit Ihnen keine finanziellen Nachteile entstehen. Die GOP 01645 ohne Buchstabenzusatz ist nicht berechnungsfähig.

- **HNO-Ärzte** rechnen für die Aufklärung und Beratung über das Zweitmeinungsverfahren bei bevorstehender Mandel-OP die **GOP 01645A** ab.
- **Frauenärzte** rechnen für die Aufklärung und Beratung über das Zweitmeinungsverfahren bei bevorstehender Gebärmutterentfernung die **GOP 01645B** ab.
- **Chirurgen, Orthopäden und Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin** rechnen für die Aufklärung und Beratung über das Zweitmeinungsverfahren bei bevorstehender

hender Schulterarthroskopie die **GOP 01645C** ab (neu ab 1. April 2020).

Weitere 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  
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10  
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11  
 E-Mail [Abrechnungsberatung@kvb.de](mailto:Abrechnungsberatung@kvb.de)

## GOP 03335 – Abrechnungsausschlüsse angepasst

Für die GOP 03335 – Orientierende audiometrische Untersuchung nach vorausgegangener dokumentierter, auffälliger Hörprüfung – wird mit Wirkung zum 1. Juli 2020 der Nebeneinanderberechnungsausschluss zu den Früherkennungsuntersuchungen nach den GOPen 01711 bis 01717, 01719 und 01723 im EBM aufgehoben, da eine audiometrische Untersuchung nur im Leistungsumfang der U8 (GOP 01718) enthalten ist. Der Nebeneinanderberechnungsausschluss der GOP 03335 zur GOP 01718 bleibt bestehen.

## Akuttherapie: Höhere Kontingente

Seit dem 1. Juli 2020 stehen für die psychotherapeutische Akutbehandlung von Kindern und Jugendlichen sowie Patienten mit einer Intelligenzstörung (gesicherte ICD-10-Diagnose F70 - F79) höhere Stundenkontingente zur Verfügung, um Bezugspersonen in die Therapie einzubeziehen. Die GOP 35152 ist in diesen Fällen bis zu 30-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Für die Einbeziehung der Bezugsperson (B-Kennzeichnung) gilt wie schon für die Richtlinien-Psychotherapie ein Verhältnis 1:4 zur Anzahl der Therapieeinheiten des Versicherten. Diese Stunden werden der Anzahl der Therapieeinheiten hinzugerechnet (Paragraf 11 Absatz 10 Psychotherapie-Vereinbarung).

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



## TumortheraPIefelder beim Glioblastom: Bald GKV-Leistung

Die Behandlung mit TumortheraPIefeldern (TTF) von Patienten mit einem neu diagnostizierten Glioblastom – einem derzeit nicht heilbaren, sehr aggressiven Gehirntumor – wird zukünftig Leistung der vertragsärztlichen Versorgung. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 20. März 2020 eine entsprechende Änderung der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ beschlossen. Der Beschluss trat am 23. Mai 2020 in Kraft.

Bei der TTF-Behandlung handelt es sich um eine neue, auf Elektrostimulation basierende Methode zur Hemmung des Tumorwachstums.

Die Voraussetzungen wie Indikationsstellung und Eckpunkte der Qualitätssicherung hat der G-BA in seinem Beschluss festgelegt.

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

### Abrechnung erst nach Aufnahme einer Leistung in den EBM möglich

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

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

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

## Hyposensibilisierungs- behandlung

Die Gebührenordnungsposition (GOP) 30131 EBM ist ein Zuschlag zur GOP 30130 für jede weitere Hyposensibilisierungsbehandlung am selben Behandlungstag durch subkutane Allergen-Injektionen bei zum Beispiel Injektion verschiedener, nicht mischbarer Allergene oder im Rahmen einer Cluster- beziehungsweise Rush-Therapie (orale und sublinguale Behandlungen erfüllen nicht die Voraussetzungen).

Obligater Leistungsinhalt der Hyposensibilisierungsbehandlung nach GOP 30130 und jeder weiteren Hyposensibilisierungsbehandlung nach GOP 30131 (bis zu viermal am Tag berechnungsfähig) ist die Nachbeobachtung des Patienten von mindestens 30 Minuten Dauer nach jeder Behandlung.

**Werden am Behandlungstag mehrere Desensibilisierungen vorgenommen, ist die Uhrzeit des jeweiligen Injektionszeitpunktes zu jeder abgerechneten GOP 30130 und 30131 in der Feldkennung 5006 einzutragen.**

Bitte achten Sie darauf, die von Ihnen erbrachten Leistungen ordnungsgemäß abzurechnen, damit Ihnen keine finanziellen Nachteile entstehen.

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

## Unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes

Die Berechnungsfähigkeit der unvorhergesehenen Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten gemäß GOP 01100 und 01101 EBM ist abhängig vom Wochentag und der Uhrzeit:

Die Uhrzeit der unvorhergesehenen Inanspruchnahme kann in Feldkennung 5006 mit der Quartalsabrechnung übermittelt werden. Bitte berücksichtigen Sie, dass bei Nichtbeachtung der Abrechnungsbestimmungen entsprechende Berichtigungen durchgeführt werden.

GOP	Montag bis Freitag	Samstag und Sonntag, gesetzlicher Feiertag, 24. und 31.12.
keine unvorhergesehene Inanspruchnahme	7 bis 19 Uhr	-
01100	19 bis 22 Uhr	7 bis 19 Uhr
01101	22 bis 7 Uhr	19 bis 7 Uhr

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

## Neue PTV-Formulare

Zum 1. Juli 2020 wurden alle PTV-Formulare aufgrund der Einführung der Systemischen Therapie für Erwachsene angepasst. Außerdem entfällt im PTV 12 der Formularteil zur Anzeige der Beendigung einer Psychotherapie. Künftig wird das Therapieende via Praxissoftware übermittelt. Zusätzlich wurde das Formblatt PTV 11 zur individuellen Patienteninformation im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde übersichtlicher gestaltet und in drei Bereiche unterteilt, die die Patienten bei der Beantwortung der Fragen – Was habe ich?, Was ist zu tun? und Wie geht es weiter? – unterstützen sollen. Informationen hierzu, sowie die neuen PTV-Formulare einschließlich Ausfüllhilfen finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de).

Die Praxissoftware wird entsprechend angepasst. Falls Sie Papierdrucke in der Praxis verwenden möchten, können Sie diese ab sofort über den Kohlhammer-Verlag beziehen. Dabei handelt es sich um PTV 1, PTV 2, PTV 3, PTV 8, PTV 10, PTV 11 und PTV 12. Altbestände können nicht aufgebraucht werden. Blankoformularbedruckung ist bei PTV 1, PTV 2, PTV 11 und PTV 12 möglich.

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

## Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

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

Zur Anlage IV, Therapiehinweise

- Adalimumab – Aufhebung des Therapiehinweises
- Botulinumtoxin A und B – Aufhebung des Therapiehinweises
- Infliximab bei Rheumatoider Arthritis – Aufhebung des Therapiehinweises

Zur Anlage V, verordnungsfähige Medizinprodukte

- 1xklysmasalinisch – Änderung der Befristung bis 26. Mai 2024
- ISOMOL® – Änderung der Befristung bis 26. Mai 2024
- MOVICOL® – Änderung der Befristung bis 26. Mai 2024
- MOVICOL® aromafrei – Änderung der Befristung bis 26. Mai 2024
- MOVICOL® flüssig orange – Änderung der Befristung bis 26. Mai 2024
- MOVICOL® Junior aromafrei – Änderung der Befristung bis 26. Mai 2024
- MOVICOL® Junior Schoko – Änderung der Befristung bis 26. Mai 2024
- MOVICOL® Schoko – Änderung der Befristung bis 26. Mai 2024
- MOVICOL® V – Änderung der Befristung bis 26. Mai 2024
- NutriLock™ – Aufnahme; Befristung bis 25. Oktober 2023

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

- Docetaxel bei hormonsensitivem Prostatakarzinom mit Fernmetastasen (M1) – Aufhebung wegen Zulassungserweiterung

Zur Anlage XII, Frühe Nutzenbewertung:

Im 1. Quartal 2020 und 2. Quartal 2020 sind Beschlüsse zu folgenden Wirkstoffen in Kraft getreten:

- Andexanet alfa
- Apalutamid – Änderung der Befristung auf 1. April 2020
- Asfotase alfa – Anwendungsgebiet: Hypophosphatasie – Neubewertung eines Orphan-Drugs nach Überschreitung der 50-Millionen-Euro-Grenze
- Atezolizumab – Anwendungsgebiet: NSCLC, nicht-plattenepithelial, 1. Linie, Kombination mit Bevacizumab, Paclitaxel und Carboplatin; – Anwendungsgebiet: fortgeschrittenes, kleinzelliges Lungenkarzinom, Erstlinie, Kombination mit Carboplatin und Etoposid; – Anwendungsgebiet: NSCLC, nicht-plattenepithelial, 1. Linie, Kombination mit nab-Paclitaxel und Carboplatin; – Anwendungsgebiet: Mammakarzinom, triple-negativ, PD-L1-Expression  $\geq 1\%$
- Avelumab – Anwendungsgebiet: Nierenzellkarzinom, Erstlinie, Kombination mit Axitinib
- Belimumab – Anwendungsgebiet: Systemischer Lupus erythematodes,  $\geq 5$  Jahre
- Betibeglogene autotemcel – Anwendungsgebiet:  $\beta$ -Thalassämie
- Burosumab – Anwendungsgebiet: Hypophosphatämie – Neubewertung nach Fristablauf
- Cannabidiol – Anwendungsgebiet: Lennox-Gastaut-Syndrom,  $\geq 2$  Jahre; Anwendungsgebiet: Dravet-Syndrom,  $\geq 2$  Jahre
- Cemiplimab
- Dolutegravir/Lamivudin
- Doravirin/Lamivudin/Tenofoviridisoproxil (HIV-1)
- Dupilumab – Anwendungsgebiet: Asthma bronchiale; –

Anwendungsgebiet: atopische Dermatitis, Jugendliche ab zwölf bis < 18 Jahre; – Anwendungsgebiet: Chronische Rhinosinusitis mit Nasenpolypen

- Elotuzumab – Anwendungsgebiet: Multiples Myelom, Kombination mit Pomalidomid und Dexamethason
- Gilteritinib – Anwendungsgebiet: rezidierte oder refraktäre akute myeloische Leukämie mit FLT3-Mutation
- Ibrutinib – Anwendungsgebiet: Morbus Waldenström, Kombination mit Rituximab; – Anwendungsgebiet: chronische lymphatische Leukämie, Erstlinie, in Kombination mit Obinutuzumab
- Ivacaftor – Überschreitung 50-Millionen-Euro-Grenze: zystische Fibrose, Kombinationsbehandlung mit Tezacaftor/Ivacaftor bei Patienten ab zwölf Jahren (heterozygot bezüglich F508del); – Anwendungsgebiet: Zystische Fibrose, Patienten von zwölf bis < 24 Monate; – Überschreitung 50-Millionen-Euro-Grenze: Zystische Fibrose, Patienten von zwei bis fünf Jahren; – Neubewertung eines Orphan-Drugs nach Überschreitung der 50-Millionen-Euro-Grenze: Patienten mit CF ab 18 Jahren, R117H-Mutation; – Überschreitung 50-Millionen-Euro-Grenze: Zystische Fibrose, Patienten ab sechs Jahren, diverse Gating-Mutationen; – Überschreitung 50-Millionen-Euro-Grenze: Zystische Fibrose, Patienten ab sechs Jahren mit G551D-Mutation; – Überschreitung 50-Millionen-Euro-Grenze: zystische Fibrose, Kombinationsbehandlung mit Tezacaftor/Ivacaftor bei Patienten ab zwölf Jahren (homozygot bzgl. F508del)

- Larotrectinib – Anwendungsgebiet: solide Tumore, Histologie-unabhängig
- Neratinib – Anwendungsgebiet: Mammakarzinom, HR-positiv, HER2-positiv, adjuvante Behandlung; – Anwendungsgebiet: Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primäre Peritonealkarzinose; Erhaltungstherapie nach Zweitlinientherapie Neubewertung eines Orphan-Drugs nach Überschreitung der 50-Millionen-Euro-Grenze
- Olaparib – Anwendungsgebiet: Mammakarzinom; HER2-negativ; – Anwendungsgebiet: high-grade epitheliales Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primäres Peritonealkarzinom, BRCA-Mutation, Erhaltungstherapie
- Olaratumab – Aufhebung des Beschlusses vom 18. Mai 2017
- Pembrolizumab – Anwendungsgebiet: Nierenzellkarzinom, Erstlinie, Kombination mit Axitinib; – Anwendungsgebiet: Plattenepithelkarzinom Kopf-Hals-Bereich, Erstlinie, Kombination mit Platin- und 5-Fluorouracil (5-FU)-Chemotherapie; Anwendungsgebiet: Plattenepithelkarzinom Kopf-Hals-Bereich, Erstlinie, Monotherapie; – Anwendungsgebiet: Urothelkarzinom – Änderung der Befristung der Geltungsdauer
- Ramucirumab – Anwendungsgebiet: hepatozelluläres Karzinom
- Ravulizumab
- Ropeginterferon alfa-2b
- Trifluridin/Tipiracil – Anwendungsgebiet: metastasiertes Magenkarzinom, vorbehandelte Patienten
- Turoctocog alfa pegol
- Volanesorsen

Ausführliche Informationen finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/Frühe Nutzenbewertung*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30  
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31  
 E-Mail [Verordnungsberatung@kvb.de](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

## Frühe Nutzenbewertung: Verordnungssoftware

Die Elektronische Arzneimittelinformationen-Verordnung ist in Kraft getreten. Sie enthält Mindestanforderungen, welche Informationen aus den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur frühen Nutzenbewertung neuer Arzneimittel in der Verordnungssoftware **ab Juli 2020** anzuzeigen sind. Zukünftig werden Sie in der Verordnungssoftware einen Hinweis erhalten, wenn für ein Arzneimittel ein Beschluss zur frühen Nutzenbewertung vorliegt. Welche Angaben aus den Beschlüssen abzubilden sind, hat das Bundesgesundheitsministerium in seiner Rechtsverordnung geregelt. Beispielsweise soll angezeigt werden, ob und in welchem Ausmaß das jeweilige Arzneimittel einen Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie aufweist. Auch über die Ergebnisse der klinisch relevanten Endpunkte, die zum Beschluss geführt haben, sollen Sie informiert werden.

Ausführliche Informationen lesen Sie in Verordnung Aktuell „Arzneimittel-Verordnungssoftware – Änderungen zum 1. Juli 2020“ und „Arzneimittel-Verordnungssoftware: Informationen zur frühen Nutzenbewertung ab 1. Juli 2020“ unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung aktuell*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30  
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31  
 E-Mail [Verordnungsberatung@kvb.de](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

## Sprechstundenbedarf

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

In den Rubriken „Impfstoffe“ (HPV), „Arzneimittel“ (Antiallergika/Antihistaminika, Antibiotika, Kortikoide), „Einmalbedarf zur Infusion, Injektion, Drainage, Entnahme“ (Biopsienadeln, Infusionsfilter/Injektionsfilter, Punktionskanülen) und „Verband-, Kompressions- und OP-Material“ (Wundauflagen) gab es Änderungen beziehungsweise Ergänzungen.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30  
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31  
 E-Mail [Verordnungsberatung@kvb.de](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

## Häusliche Krankenpflege

Das Leistungsverzeichnis der häuslichen Krankenpflege wird um das An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen im Rahmen der Krankenbehandlung erweitert.

- Das An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen ist nur verordnungsfähig bei Patienten mit
  - einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen nicht fachgerecht an- oder ablegen können oder
  - einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen selbstständig an- und abzulegen (zum Beispiel moribunde Patienten) oder
  - einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, so dass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder
  - entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbstständig durchzuführen.
- Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.
- Verordnungen mit dem Ziel der Vorsorge (vor Eintritt einer Erkrankung) oder eines Behinderungsausgleichs können im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nicht ausgestellt werden.

Zu diesem Thema finden Sie eine Verordnung Aktuell vom 19. Mai 2020 unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung aktuell*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30  
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31  
 E-Mail [Verordnungsberatung@kvb.de](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

## Psychiatrische häusliche Krankenpflege

In der Häuslichen-Krankenpflege-Richtlinie (Paragraf 4 Absatz 7a HKP-RL) wird zur Klarstellung der Dauer einer Einheit geregelt, dass eine Einheit der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege 60 Minuten umfasst. Dies soll einer bundeseinheitlichen Ausrichtung der pHKP Rechnung tragen.

In unserer Verordnung Aktuell vom 19. Mai 2020 informieren wir Sie ausführlich über die Verordnung von pHKP.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30  
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31  
 E-Mail [Verordnungsberatung@kvb.de](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

## Podologische Therapie ab 1. Juli 2020

Sie können ab sofort auch für Patienten mit krankhaften Schädigungen am Fuß als Folge einer sensiblen oder sensomotorischen Neuropathie oder als Folge eines Querschnittssyndroms eine Podologie verordnen. Bislang war dies nur beim diabetischen Fußsyndrom möglich. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dafür die Heilmittel-Richtlinie entsprechend angepasst.

Eine ausführliche Information („Verordnung von Podologischer Therapie ab 1. Juli 2020“) finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Verordnungen aktuell*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30  
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31  
 E-Mail [Verordnungsberatung@kvb.de](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

## Künstliche Befruchtung: Verordnung von Arzneimitteln

Gemäß der Richtlinien über künstliche Befruchtung ist die Krankenkasse nur für diejenigen Leistungen und Arzneimittel zuständig, die bei ihrem Versicherten durchgeführt werden. Hierzu gehören nicht die im Rahmen der Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gegebenenfalls erforderliche Leistungen beim Ehegatten der Versicherten, wenn dieser nicht bei derselben Krankenkasse versichert ist.

Für die Person, bei der die Kosten von der GKV übernommen werden, gilt das Sachleistungsprinzip, das heißt Abrechnung der Leistungen über die eGK und Verordnung der Arzneimittel auf Muster 16 zulasten der GKV.

Weitere Details lesen Sie in unserer Verordnung Aktuell „Verordnung von Arzneimitteln im Rahmen der künstlichen Befruchtung – Wer trägt welche Kosten?“.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30  
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31  
 E-Mail [Verordnungsberatung@kvb.de](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

## Masern, Mumps, Röteln oder Varizellen

Impfung gegen Masern, Mumps, Röteln oder Varizellen aufgrund beruflicher Indikation

Entsprechend der im Epidemiologischen Bulletin Nr. 2 aus 2020 veröffentlichten Änderung der Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) sieht auch der Beschluss des G-BA zum Schutz vor Masern einen Anspruch indiziert auf eine nunmehr zweimalige Impfung mit einem Kombinationsimpfstoff (MMR, bei gleichzeitiger Indikation zur Varizellen-Impfung MMRV-Kombinationsimpfstoff) für nach 1970 geborene Personen (einschließlich Auszubildende, Praktikanten, Studierende und ehrenamtlich Tätige) in folgenden beruflichen Tätigkeitsbereichen:

- Medizinische Einrichtungen inklusive Einrichtungen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe
- Tätigkeiten mit Kontakt zu potenziell infektiösem Material
- Einrichtungen der Pflege
- Gemeinschaftseinrichtungen
- Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedlern
- Fach-, Berufs- und Hochschulen

Weitere Details lesen Sie in unserer Verordnung Aktuell vom 18. Mai 2020.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30  
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31  
 E-Mail [Verordnungsberatung@kvb.de](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

## Hilfsmittel zum Schutz vor Nadelstichverletzungen

In den KVB INFOS, Ausgabe 3/2020, haben wir Sie bereits über die Verordnungsfähigkeit von Hilfsmitteln zum Schutz vor Nadelstichverletzungen informiert.

Weil sich die Beurteilung der Verordnungsfähigkeit von Hilfsmitteln zum Schutz vor Nadelstichverletzungen für Patienten in Pflegeheimen verändert hat, benachrichtigen wir Sie an dieser Stelle erneut. Die Änderungen unseres Textbeitrags aus den KVB INFOS, Ausgabe 3/2020 haben wir Ihnen fett markiert.

Voraussetzung ist, dass der Patient selbst aufgrund seines körperlichen Zustands beziehungsweise seiner geistigen Entwicklung nicht zur Anwendung des Hilfsmittels in der Lage ist und es hierfür einer Tätigkeit einer dritten Person (**nicht häuslicher Krankenpflegedienst!**) bedarf. Aus der Gesetzesbegründung geht hervor, dass der Anspruch im Rahmen der Hilfsmittelversorgung, zum Beispiel bei Diabetikern relevant ist, bei denen Angehörige die Punktion und Messung des Blutzuckerwertes sowie die Injektion des Insulins übernehmen. Als Produkte werden in diesem Zusammenhang zum Beispiel Lanzetten aufgeführt.

Die Verordnung derartiger Hilfsmittel ist weder bei der Verwendung in der Arztpraxis noch im Rahmen der häuslichen Krankenpflege zulasten der GKV möglich. **Für Patienten in Pflegeheimen sowie für Patienten, die von Angehörigen beispielsweise den Blutzucker gemessen bekommen, ist unter Be-**

**rücksichtigung der oben genannten Voraussetzungen eine Verordnung dieser Hilfsmittel möglich.**

Eine ausführliche Information finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung aktuell* in der Ausgabe „Hilfsmittel zum Schutz vor Nadelstichverletzungen verordnen“.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30  
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31  
 E-Mail [Verordnungsberatung@kvb.de](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

## ASV – Neue Beschlüsse in Kraft

Die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 19. Dezember 2019 zur Anlage 1.1a Tumorguppe 5 – Tumoren der Lunge und des Thorax sowie zur Anlage 2e – Sarkoidose sind mit Wirkung zum 7. April 2020 in Kraft getreten.

Interessierte Teams können seit Inkrafttreten der Beschlüsse ihre Teilnahme an der ASV beim erweiterten Landesausschuss anzeigen. Welche Fachrichtungen zur Teamgründung nötig sind und welche Patientengruppen die Anlagen umfassen, finden Sie auf der Internetseite des G-BA:

- Tumoren der Lunge und des Thorax: <https://www.g-ba.de/richtlinien/anlage/262>
- Sarkoidose: <https://www.g-ba.de/richtlinien/anlage/263>.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 08 50  
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 08 51  
 E-Mail [ASV-Abrechnung@kvb.de](mailto:ASV-Abrechnung@kvb.de)



