

KVBIINFOS 09|20

ABRECHNUNG

- 102 Die nächsten
Zahlungstermine
- 102 Abrechnungsabgabe
für das Quartal 3/2020
- 104 EBM-Änderungen
zum 1. Juli 2020
- 109 Photosoletherapie bei Neuro-
dermitis bald GKV-Leistung
- 110 Knappschaft verlässt
Projekt FARKOR
- 110 Veranlassung von Leistungen
bei Vertragsärzten durch
Hochschulambulanzen

VERORDNUNG

- 111 Coronavirus: Sonderregelungen
- 111 Ergänzungen der
Arzneimittel-Richtlinie
- 112 Hydroxychloroquin –
Aufhebung der Vorgaben
- 112 Switching: Omega-3-
Fettsäuren, Desloratadin
- 112 Cannabis – wirtschaftliche
Verordnung
- 112 Ersatzverordnung
- 113 Schutzimpfungs-Richtlinie
– aktuelle Beschlüsse

- 114 Häusliche Krankenpflege –
aktuelle Beschlüsse
- 114 Anwendungsbeobachtungen
- 114 Heilmittel-Richtlinie –
aktuelle Beschlüsse
- 115 Verordnung von Soziotherapie

ALLGEMEINES

- 115 Anerkenntnis der
Leistungspflicht

HINWEIS

Nach der Sommerpause starten wir – unter Beachtung der neuen Schutz- und Hygienerichtlinien – wieder mit unseren Seminaren. Wir haben das Angebot für Sie dabei auch um Online-Seminare erweitert.

Ab Ende August finden Sie das aktualisierte Seminarangebot für das Jahr 2020 unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Fortbildung*.

Die nächsten Zahlungstermine

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 3/2020

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 3. Quartal 2020 bis spätestens **Montag, den 12. Oktober 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 in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/Online-Abrechnung*.

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

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

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

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

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

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

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

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

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Abrechnungskorrekturen“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

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

Zur besseren Übersicht über die einzureichenden Scheine steht Ihnen das Merkblatt „Abrechnung Besondere Kostenträger“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Erstellung-Abgabe-Korrektur/Besondere Kostenträger* zur Verfügung

Sammelerklärung

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

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

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

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

Hinweis: Die Abgabe der Sammelerklärung mit Garantiefunktion ist Voraussetzung für die Entstehung des Honoraranspruchs des einzelnen Vertragsarztes (BSG, Urteil vom 17. September 1997, 6 RKA 86/95 Rn 19f.). **Fehlt** die ordnungsgemäße **Sammelklärung**, 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.

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 mit Begründung eine Verlängerung der Abgabefrist beantragen.

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

Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen der KVB.

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

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

Notarzteinsätze über emDoc

Eine Besonderheit stellt die Einreichung und Abrechnung von Notarzteinsätzen über emDoc dar. Mit emDoc können Sie Ihre Fälle laufend zur Abrechnung einreichen. Alle bis 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 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

EBM-Änderungen zum 1. Juli 2020

Der Bewertungsausschuss und der Erweiterte Bewertungsausschuss haben mit Wirkung zum 1. Juli 2020 in ihrer

- 498. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung),
- 66. Sitzung vom 10. Juni 2020/ Erratum vom 17. Juni 2020,
- 501. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung),
- 506. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung),
- 507. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und
- 508. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

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

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

Neues Richtlinien-Verfahren in der Psychotherapie: Systemische Therapie

Beschluss aus der 66. Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 10. Juni 2020 und 17. Juni 2020

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mit Beschluss vom 22. November 2019 die Systemische Therapie

für Erwachsene als neues Psychotherapieverfahren in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen. Der Beschluss ist am 24. Januar 2020 in Kraft getreten. Mit dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses ist das neue Psychotherapieverfahren ab 1. Juli 2020 über den EBM berechnungsfähig.

Auch für die Systemische Therapie von Erwachsenen besteht eine Antrags- und Gutachterpflicht. Die einzelnen Kontingente und Bewilligungsschritte haben wir in der Anlage zum Rundschreiben vom 24. Juni 2020 unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Mitglieder-Informationen/Serviceschreiben* zusammengefasst.

Neue GOPen für Einzel- und Gruppentherapie im Abschnitt 35.2 EBM

Einzeltherapie

Systemische Therapie	GOP	Bewertung (je vollendete 50 Minuten)
Kurzzeittherapie 1 (KZT 1)	35431	
Kurzzeittherapie 2 (KZT 2)	35432	922 Punkte / 101,30 Euro
Langzeittherapie (LZT)	35435	

Gruppentherapie

Teilnehmende	GOP KZT	GOP LZT	Bewertung (je Teilnehmer/ 100 Minuten)
3	35703	35713	916 Punkte / 100,64 Euro
4	35704	35714	772 Punkte / 84,82 Euro
5	35705	35715	686 Punkte / 75,37 Euro
6	35706	35716	628 Punkte / 69,00 Euro
7	35707	35717	586 Punkte / 64,38 Euro
8	35708	35718	556 Punkte / 61,09 Euro
9	35709	35719	532 Punkte / 58,45 Euro

Bei der Abrechnung ist Folgendes zu beachten:

- Sowohl Einzel- als auch Gruppentherapie sind im Mehrpersonensetting berechnungsfähig. Bei der Einzeltherapie ist in diesen Fällen eine Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils 25 Minuten nicht möglich.
- Die neuen GOPen der Einzel- und Gruppentherapie werden in die Berechnung des Strukturzuschlags Psychotherapie mit einbezogen. Die GOPen 35571 und 35572 werden automatisch durch die KVB zugesetzt. Sie müssen diese nicht selbst in Ihre Abrechnung eintragen.
- Die Zuschläge für die ersten zehn Sitzungen der Kurzzeittherapie bei Erfüllung der Mindestsprechstundenzeiten gemäß Paragraf 19a Absatz 1 Ärzte-ZV (GOPen 35591, 35593 bis 35599) sind auch bei der Systemischen

Therapie berechnungsfähig. Weitere Informationen hierzu finden Sie im Rundschreiben vom 1. April 2020 unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Mitglieder-Informationen/Serviceschreiben*.

- Es gelten dieselben Abrechnungsausschlüsse wie bei den bisherigen Psychotherapieverfahren.
- Bei Einbeziehung von Bezugspersonen ist die jeweilige GOP mit dem Buchstaben „B“ zu kennzeichnen (zum Beispiel GOP 35431B).

Kennzeichnung einer kürzeren Sitzungsdauer

Bei der Systemischen Therapie als Gruppentherapien gemäß den GOPen 35703 bis 35709 (Kurzzeittherapie) und 35713 bis 35719 (Langzeittherapie) beträgt die Mindestdauer einer Sitzung 100 Minuten. Bei bestimmten Patientengruppen kann eine kürzere Sitzungsdauer indiziert sein. Daher ist bei der Systemischen Therapie als Gruppentherapie eine Reduzierung der Sitzungsdauer möglich. Bitte beachten Sie die notwendige Kennzeichnung der Gebührenordnungspositionen bei einer kürzeren Sitzungsdauer von 50 bis 100 Minuten (siehe nebenstehende Tabelle).

EBM-Änderungen bei Probatorischer Sitzung und Akutbehandlung

Um innerhalb der Systemischen Therapie die Durchführung im Mehrpersonensetting zu ermöglichen, wurde im EBM bei der Probatorischen Sitzung (GOP 35150) und Psychotherapeutischen Akutbehandlung (GOP 35152) eine entsprechende Anmerkung aufgenommen. Die Akutbehandlung ist in diesen Fällen nur bei einer Mindestdauer von 50 Minuten berechnungsfähig.

Kennzeichnung GOP-Sitzung 50 bis 100 Minuten	mit Bezugs- person	Rezidiv- prophylaxe	Rezidiv- prophylaxe mit Bezugsperson
KZT als Gruppentherapie			
35703H	35703Z		
35704H	35704Z		
35705H	35705Z		
35706H	35706Z		
35707H	35707Z		
35708H	35708Z		
35709H	35709Z		
LZT als Gruppentherapie			
35713H	35713Z	35713X	35713Y
35714H	35714Z	35714X	35714Y
35715H	35715Z	35715X	35715Y
35716H	35716Z	35716X	35716Y
35717H	35717Z	35717X	35717Y
35718H	35718Z	35718X	35718Y
35719H	35719Z	35719X	35719Y

Fachliche Voraussetzungen und Antragstellung

Die fachlichen Voraussetzungen für die Systemische Therapie sind in der ab 1. Juli 2020 in Kraft getretenen Psychotherapie-Vereinbarung geregelt. Die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Systemischen Therapie bei Erwachsenen kann bei Vorliegen der Voraussetzungen bei Ärzten gemäß Paragraf 5 Absatz 9 in Verbindung mit Paragraf 20 Absatz 9 Psychotherapie-Vereinbarung beziehungsweise bei Psychologischen Psychotherapeuten gemäß Paragraf 6 Absatz 8 in Verbindung mit Paragraf 20 Absatz 10 Psychotherapie-Vereinbarung erteilt werden.

Die Antragsformulare für Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten wurden überarbeitet. Eine Antragstellung ist ab sofort möglich. Sie finden die Antragsformulare unter

www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/P/Psychotherapie*.

Anpassung der PTV-Formulare

Die PTV-Formulare wurden überarbeitet und an die Systemische Therapie bei Erwachsenen angepasst. Informationen über die neuen PTV-Formulare einschließlich Ausfüllhilfen finden Sie unter www.kvb.de und in den KVB INFOS, Ausgabe 7-8/2020, Seite 94.

Weitere Neuerungen in der Psychotherapie

Mehr psychodiagnostische Testverfahren

Aufgrund der Änderungen in der Psychotherapie-Vereinbarung können die Testverfahren nach den GOPen 35600 bis 35602 in der Langzeittherapie in allen Psychotherapieverfahren häufiger abge-

rechnet werden. Statt bisher fünfmal im Therapieverlauf sind sie ab dem 1. Juli 2020 insgesamt bis zu siebenmal im Therapieverlauf berechnungsfähig.

Kennzeichnung des Therapieendes in der Abrechnung

Im Zuge der Anpassung aller PTV-Formulare wegen der Einführung der Systemischen Therapie für Erwachsene zum 1. Juli 2020 entfällt der Formularteil zur Anzeige der Beendigung einer Psychotherapie im PTV 12. Künftig wird das Therapieende via Praxissoftware übermittelt.

Bitte beachten Sie, dass Sie seit dem 1. Juli 2020 die Kennnummer 88130 für die Beendigung einer Psychotherapie ohne anschließende Rezidivprophylaxe oder die Kennnummer 88131 für die Beendigung mit anschließender Rezidivprophylaxe in Ihre Abrechnung eintragen müssen (Feld 5001 „GNR“).

Neue Zuschlagsleistung für den Dokumentationsaufwand nach dem neuen Qualitätssicherungsverfahren Nierenersatztherapie (QS NET)

- *Beschluss aus der 501. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)*
- *Befristet bis zum 30. September 2021 (Quartal 3/2021)*

Seit Beginn dieses Jahres gilt das Qualitätssicherungsverfahren „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen“ (QS NET). Das Verfahren ist als viertes sektorenübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren in der Rahmenrichtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifen-

den Qualitätssicherung (DeQS-RL) geregelt und löst die bestehende Qualitätssicherungsrichtlinie Dialyse (QSD-RL) ab. Nähere Details zu dem Verfahren QS NET finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/sektorenübergreifende Qualitätssicherung/Nierenersatztherapie*.

Für den gestiegenen Dokumentationsaufwand, der mit der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung verbunden ist, wurden zwei neue Zuschlagsleistungen zu den Zusatzpauschalen für die kontinuierliche Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten in die Abschnitte 4.5.4 und 13.3.6 des EBM aufgenommen. Die neuen Leistungen gelten zunächst zeitlich befristet bis 30. September 2021. Der Bewertungsausschuss wird spätestens zum 30. Juni 2021 prüfen, ob eine Verlängerung beziehungsweise Anpassung der Vergütung erforderlich ist.

NEU: GOP 04567 – Zuschlag im Zusammenhang mit der GOP 04562

EBM-Bewertung: 120 Punkte
Preis B€GO: 13,18 Euro

- einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig
- Berechnungsfähig durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Nephrologie, die über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V verfügen.

NEU: GOP 13603 – Zuschlag im Zusammenhang mit der GOP 13602

EBM-Bewertung: 120 Punkte
Preis B€GO: 13,18 Euro

- einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig
- Berechnungsfähig von Vertragsärzten, die über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V verfügen.

Neue Zuschlagsleistungen für die Abbildung der Kosten für Programmier- und Auslesegeräte kardialer Implantate

Beschluss aus der 506. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

In der Vergangenheit haben die Hersteller den Vertragsärzten Programmier- und Auslesegeräte für kardiale Implantate kostenfrei zur Verfügung gestellt. Mit Einführung des Antikorruptionsgesetzes wurden sukzessive von den betroffenen Kardiologen Mietgebühren gefordert. Um den Ärzten die entstehenden Kosten für die Miete der Programmier- und Auslesegeräte zu erstatten, hat der Bewertungsausschuss mit Wirkung zum 1. Juli 2020 neue Zuschläge in die Abschnitte 4.4.1 und 13.3.5 des EBM aufgenommen.

NEU: GOP 04417 – Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 04411, 04413 und 04415

EBM-Bewertung: 40 Punkte
Preis B€GO: 4,39 Euro

- Berechnungsfähig durch Fachärzte für Kinder- und Jugend-

medizin mit dem Schwerpunkt Kinderkardiologie, die über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der QS-Vereinbarung zur Rhythmus-implantat-Kontrolle gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V verfügen.

- Zuschlag nach GOP 04417 zu jeder abgerechneten und anerkannten GOP 04411, 04413 und/oder 04415 EBM

NEU: GOP 13577 – Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13571, 13573 und 13575

EBM-Bewertung: 40 Punkte
Preis B€GO: 4,39 Euro

- Berechnungsfähig durch fachärztliche Internisten, die über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der QS-Vereinbarung zur Rhythmus-implantat-Kontrolle gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V verfügen.
- Zuschlag nach GOP 13577 zu jeder abgerechneten und anerkannten GOP 13571, 13573 und/oder 13575 EBM
- Die neuen Zuschläge werden automatisch durch die KVB umgesetzt. Sie müssen daher den neuen Zuschlag nicht selbst in die Abrechnung eintragen.

Vergütung für endoskopische Zusatzinstrumente als Einmalprodukte

Beschluss aus der 507. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Der Bewertungsausschuss hat mit Beschluss aus seiner 507. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) eine bundeseinheitliche Vergütung für endoskopische Zusatzinstrumente als Einmalprodukte im Ein-

heitlichen Bewertungsmaßstab geschaffen.

Neue Kostenpauschalen für endoskopische Zusatzinstrumente als Einmalprodukte

Zum 1. Juli 2020 wurden für die Verwendung einer Einmal-Hochfrequenzdiathermieschlinge, einer Einmal-Probenentnahmezange oder eines Clips inklusive Einmal-Endo-/Hämo-Clipapplikator drei neue Kostenpauschalen in den neuen EBM-Abschnitt 40.9 aufgenommen.

NEU: GOP 40460 – Kostenpauschale im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der GOPen 01742, 04515, 04520, 08334, 13260, 13401, 13402, 13423 und 30601 bei Verwendung einer Einmal-Hochfrequenzdiathermieschlinge für eine Polypektomie oder eine Mukosektomie

Bewertung: 12,00 Euro

NEU: GOP 40461 – Kostenpauschale im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der GOPen 01741, 04511, 04514, 08311, 09315, 09317, 13400, 13421, 13422, 13430, 13662, 26310 und 26311 bei Verwendung einer Einmal-Probenentnahmezange

Bewertung: 8,00 Euro

NEU: GOP 40462 – Kostenpauschale im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 01742, 04511, 13400 und 13423 bei Verwendung eines Clips inklusive Einmal-Endo-/Hämo-Clipapplikator je Clip

Bewertung: 20,80 Euro

Neue Bewertungen der endoskopischen Leistungen ab 1. Juli 2020

Die Bewertungen der ärztlichen Leistungen wurden entsprechend der bisher in den Gebührenordnungspositionen enthaltenen Kosten für mehrfach verwendbare Instrumente sowie die Aufbereitungskosten abgesenkt (siehe Tabelle auf der folgenden Seite).

Weitere EBM-Änderungen und inhaltliche Anpassungen

Redaktionelle Anpassung der Leistungslegenden der GOPen 13545 und 13652 / Kapitel 40
Beschluss aus der 498. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Die Leistungslegende der GOP 13545 wird redaktionell korrigiert. Mit Änderung der Formulierung „im Zusammenhang mit“ in der Leistungslegende der GOP 13652 wird klargestellt, dass die GOP 13652 auch dann berechnet werden kann, wenn die Leistung nach GOP 13650 (Zusatzpauschale Pneumologisch-Diagnostischer Komplex) bereits an einem anderen Tag durchgeführt und berechnet wurde.

Das Kapitel 40 „Kostenpauschalen“ wird zur Klarstellung der berechnungsfähigen GOP in die Präambeln 23.1 Nr. 6, 31.2.1 Nr. 8, 31.6.1 Nr. 1 und 36.2.1 Nr. 4 aufgenommen.

Videosprechstunde: Klarstellungen bei GOPen 04430 und 01451 EBM
Beschluss aus der 508. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Der obligate Leistungsbestandteil „Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt“ bei GOP 04430 (Neuropädiat-

GOP	Kurzlegende	Bewertung bis 30. Juni 2020 in Punkten	Bewertung ab 1. Juli 2020 in Punkten
01741	Totale Früherkennungskoloskopie gemäß Teil II, Paragraf 3 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)	1.772	1.765
01742	Zuschlag zu Nr. 01741 für Abtragung von Polypen	286	259
04511	Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie	900	878
04514	Zusatzpauschale Koloskopie	1.608	1.600
04515	Zuschlag zu den GOPen 04511, 04513 und 04514	540	518
04520	Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den GOPen 04514 oder 04518	260	233
08311	Urethro(-zysto)skopie	284	281
08334	Zuschlag für die Polypenentfernung	62	54
09315	Bronchoskopie	1.161	1.142
09317	Ösophagoskopie	340	329
13260	Zuschlag zu GOP 13257 für Polypenentfernung(en)	62	54
13400	Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie	900	878
13401	Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit der GOP 13400	468	465
13402	Polypektomie(n) im Zusammenhang mit der GOP 13400	292	265
13421	Zusatzpauschale Koloskopie	1.608	1.600
13422	Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie	990	982
13423	Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den GOPen 13421 oder 13422	260	233
13430	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Diagnostik	1.675	1.674
13662	Bronchoskopie	1.161	1.142
26310	Urethro(-zysto)skopie des Mannes oder gemäß den Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen 4.2.1	750	747
26311	Urethro(-zysto)skopie der Frau oder gemäß den Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen 4.2.1	284	281
30601	Zuschlag für die Polypenentfernung	62	54

risches Gespräch, Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung) wurde gestrichen und somit der Widerspruch zur möglichen Durchführung und Abrechnung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde aufgelöst.

Mit Aufnahme der GOP 01451 (Anschubförderung Videosprechstunde) in die Präambel 31.6.1 Nr. 1 des EBM wird die Berechnungsfähigkeit

im Zusammenhang mit dem ablaufbezogenen Leistungskomplex nach den GOPen 31930 und 31932 redaktionell klargestellt.

Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme der GOPen 04417, 04567, 13577, 13603, 35431, 35432, 35435, 35703 bis 35709 und 35713 bis 35719 werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum

EBM angepasst. Die GOPen 04417, 04567, 13577, 13603, 35431, 35432, 35435, 35703 bis 35709 und 35713 bis 35719 EBM sind als Ausschlussleistungen zu den Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) mit „**“ ausgewiesen.

Vergütung

Die neu in den EBM aufgenommenen GOPen 04567, 13603, 35431, 35432, 35435, 35703 bis 35709

Photosoletherapie bei Neurodermitis bald GKV-Leistung

und 35713 bis 35719 werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt. Die neu in den EBM aufgenommenen GOPen 04417 und 13577 werden innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet.

Für die neu in den EBM aufgenommenen Kostenpauschalen 40460 bis 40462 empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Ausnahme: Werden die Kostenpauschalen 40460, 40461 und 40462 im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen nach den GOPen 01741, 01742, 04514, 04515, 04520, 13421, 13422, 13423, 13430 sowie 08311, 26310 und 26311 (bei gleichzeitiger Durchführung einer transurethralen Botox-Therapie nach den GOPen 08312 und 26316) abgerechnet, erfolgt die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung ist auf Landesebene noch mit den Krankenkassen in Bayern zu vereinbaren

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

Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten können künftig die Balneophototherapie zur Behandlung einer Neurodermitis als Leistung der vertragsärztlichen Versorgung durchführen. Bislang konnten gesetzlich Versicherte die Methode nur für die Behandlung einer Psoriasis vulgaris in Anspruch nehmen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 20. März 2020 eine entsprechende Änderung der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ beschlossen. Der Beschluss trat am 9. Juni 2020 in Kraft.

Die Balneophototherapie zur Behandlung von Neurodermitis kann bei erwachsenen Patienten mit mittelschwerem bis schwerem Beschwerdebild (SCORAD-Score größer als 25) ausschließlich als synchrone und asynchrone Photosoletherapie (Salz-Bad kombiniert mit UV-Strahlen) durchgeführt werden.

Für Patienten, die jünger als 18 Jahre sind, liegen keine Studienergebnisse vor. Deshalb soll die Indikationsstellung für diese Patientengruppe nur nach sorgfältiger Prüfung der zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten erfolgen.

Nähere Details zur Methode und ihren Anwendungsvoraussetzungen finden Sie in der Richtlinie. Sie finden den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die „Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (MVB-RL) unter www.g-ba.de/richtlinien.

Abrechnung erst nach Aufnahme einer Leistung in den EBM möglich

Die Balneophototherapie als synchrone und asynchrone Photosoletherapie zur Behandlung von Neurodermitis kann als ambulante Leis-

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

Sobald die Aufnahme der neuen Leistung in den EBM beschlossen wurde, werden wir Sie hierüber und über die erforderlichen Genehmigungsvoraussetzungen zur Abrechnung 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

Knappschaft verlässt Projekt FARKOR

Die Krankenkasse Knappschaft verlässt ab dem 1. Oktober 2020 das Innovationsfondsprojekt FARKOR. Damit können bei der Knappschaft versicherte Patienten ab diesem Datum nicht mehr an FARKOR teilnehmen.

Bei der Knappschaft versicherte Patienten, die bereits in das Projekt eingeschrieben sind, können weiterhin bis zum 30. September 2020 daran teilnehmen. Nach dem 30. September 2020 können für Versicherte der Knappschaft keine Leistungen mehr aus dem Projekt FARKOR erbracht und dokumentiert werden. Die im Zuge der Behandlung erhobenen Daten fließen weiterhin in die Evaluation ein.

Versicherte aller anderen teilnehmenden Krankenkassen können im Rahmen von FARKOR weiterhin bis zum 31. März 2021 eingeschrieben werden.

Informationen zu FARKOR finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Vergütungsverträge/F/FARKOR*.

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

Veranlassung von Leistungen bei Vertragsärzten durch Hochschulambulanzen

Von Zeit zu Zeit erhalten wir Hinweise und Anfragen, dass Hochschulambulanzen bei Vertragsärzten Leistungen anfordern, die die Klinikambulanz zur Behandlung beziehungsweise Einschätzung des Behandlungsbedarfs benötigt.

Meist handelt es sich um spezialisierte, komplexe und kostenintensive Leistungen, wie etwa human-genetische Untersuchungen oder auch MRT- und CT-Untersuchungen. Als Gründe werden organisatorische Ursachen und Kapazitätsengpässe genannt, oder dass Hochschulambulanz diese Leistungen nicht selbst anbieten/erbringen können.

Wir möchten darauf hinweisen, dass Hochschulambulanzen nach Paragraph 117 SGB V an der vertragsärztlichen Versorgung kraft Gesetzes teilnehmen und mit einer Pauschalvergütung direkt durch die Krankenkassen honoriert werden (Paragraph 120 Absatz 3 SGB V). Eine Überweisungsbefugnis besteht für Hochschulambulanzen gemäß Paragraph 24 Absatz 2 Satz 4 BMV-Ä nicht.

Dies bedeutet, dass Hochschulambulanzen alle zur Behandlung erforderlichen Leistungen selbst erbringen müssen. Sind sie dazu nicht in der Lage, müssen sie die Leistungen auf eigene Kosten veranlassen.

Hintergrund ist, dass die Höhe der Pauschalvergütung als Mischkalkulation ermittelt wird, in die Routinefälle, aber auch sehr kostenintensive Fälle einfließen. Wenn nun versucht wird, teure Behandlungsfälle in die ambulante Versorgung zu verlagern, sollte dies nicht toleriert werden. Zwar ist der häufig in diesem Zusammenhang stehende Hinweis,

durch die Überweisung veranlassenen Kosten fallen nicht ins (Labor-) Budget des Vertragsarztes zutreffend, trifft jedoch nicht den Kern des Problems. Dieses besteht darin, dass die Hochschulambulanz infolge der pauschalierten Vergütung Kosten einspart, die der Kalkulation zugrunde gelegt werden. Das bedeutet, dass Pauschalvergütungen geltend gemacht werden, in die die anteiligen Kosten für Leistungen, die nicht erbracht werden, einkalkuliert sind. Sollten Hochschulambulanzen mit solchen eventuell überprozentual zu erbringenden Leistungen jedoch nicht kostendeckend arbeiten können, wären sie aufgefordert, eine Anpassung der Pauschalen zu erreichen, jedoch nicht den Kosten durch Leistungsverlagerungen zu entgehen.

Wir bitten Sie daher, Leistungen auf Wunsch der Hochschulambulanzen an Vertragsärzte nicht zu überweisen, um damit Leistungen zu verlagern und Hochschulen zu entlasten.

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

Coronavirus: Sonderregelungen

Folgende Sonderregelungen sind seit 1. Juli 2020 beendet

Folgeverordnungen von Heil- und Hilfsmitteln, Krankenfahrten und häuslicher Krankenpflege dürfen nicht mehr nach telefonischer Anamnese ausgestellt werden. Es gilt somit wieder regulär, dass der Patient in die Praxen kommt.

Keine rückwirkende Folgeverordnung häuslicher Krankenpflege für bis zu 14 Tage mehr – es gilt wieder regulär, dass rückwirkende Verordnungen nicht zulässig sind und im Ausnahmefall begründet werden müssen.

Hilfsmittelversorgung darf nicht mehr später als 28 Tage nach Verordnung aufgenommen werden.

Für Versicherte: Genehmigungsfrist bei der Krankenkasse ist nicht mehr auf zehn Tage erweitert. Es gilt wieder regulär, dass Verordnungen von Soziotherapie, häuslicher Krankenpflege und spezialisierter ambulanter Palliativversorgung wieder innerhalb von drei Tagen der Krankenkasse vorliegen müssen.

Folgende Sonderregelungen enden zum 30. September (Stand: 4. August 2020)

Heilmittelverordnungen können innerhalb von 28 Tagen begonnen werden (regulär 14 Tage). Sofern aus ärztlicher Sicht ein früherer Behandlungsbeginn notwendig ist, kann dies auf dem Verordnungsvordruck durch Angabe im Feld „spätester Behandlungsbeginn“ kenntlich gemacht werden.

Krankentransporte zur ambulanten Behandlung bedürfen weiterhin keiner Genehmigung der Krankenkasse,

sofern es sich um Krankentransporte zu nicht aufschiebbaren und zwingend notwendigen ambulanten Behandlungen

- von nachweislich an COVID-19-Erkrankten handelt oder
- von Versicherten, die aufgrund einer behördlichen Anordnung unter Quarantäne stehen.

Weitere Sonderregelungen

Entlassmanagement: Hier gelten die Sonderregelungen weiter, solange die epidemische Lage besteht, zum Beispiel, dass Krankenhäuser zum Übergang in die ambulante Versorgung für bis zu 14 Tage Leistungen veranlassen beziehungsweise Bescheinigungen ausstellen dürfen.

Informationen über Sonderregelungen, finden Sie als *Verordnung Aktuell* unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung aktuell*.

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

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

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

Zur Anlage IV, Therapiehinweise

- Alemtuzumab – Änderung des Anwendungsgebiets

Zur Anlage V, verordnungsfähige Medizinprodukte

- BSS DISTRA-SOL – Änderung der Befristung bis 26. Mai 2024
- Änderung der Befristung bis 26. Mai 2024
- HSO® – Änderung der Befristung bis 27. Januar 2021
- HSO® PLUS – Änderung der Befristung bis 27. Januar 2021
- Kinderlax® elektrolytfrei – Änderung der Befristung bis 26. Mai 2024
- NutriLockTM – Aufnahme
- Serag BSS – Änderung der Befristung bis 26. Mai 2024
- VISMED® – Änderung der Befristung bis 26. Mai 2024
- VISMED® MULTI – Änderung der Befristung bis 26. Mai 2024

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

- Intravenöse Immunglobuline (IVIg) bei Polymyositis und bei Dermatomyositis – Aktualisierung
- Tamsulosin bei Urolithiasis (als medikamentöse expulsive Therapie auch nach Lithotripsie) – Zustimmung eines pharmazeutischen Unternehmers
- Valproinsäure bei der Migränaprophylaxe im Erwachsenenalter – Aktualisierung

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

Hydroxychloroquin – Aufhebung der Vorgaben

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat seine Vorgaben für die Anwendung von Hydroxychloroquin-haltigen Arzneimitteln aufgehoben. Die Vorgaben waren am 3. April zur Sicherstellung der Versorgung chronisch Kranker erlassen worden. Wir informierten Sie darüber am 6. April und 7. Mai 2020 (Aktualisierung).

Das BfArM teilt mit, dass nach einem einmalig überdurchschnittlich hohen Abgabewert im 1. Quartal 2020 wieder die durchschnittlichen Warenmengen bereitstehen. Die Nachfrage im Zusammenhang mit klinischen Prüfungen stellen zwischenzeitlich eine zu vernachlässigende Größe dar. Hinweise auf eine eingeschränkte Verfügbarkeit oder Beeinträchtigung der Patientenversorgung liegen indessen nicht mehr vor. Somit müssen die erlassenen Regelungen und Empfehlungen nicht länger aufrechterhalten werden.

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

Switching: Omega-3- Fettsäuren, Desloratadin

Da Omega-3-Fettsäuren komplett und Desloratadin teilweise aus der Verschreibungspflicht gefallen sind, haben wir das *Verordnung Aktuell* „Switchinggefahr: apothekenpflichtig vs. verschreibungspflichtig“ angepasst und am 15. Juli 2020 wieder veröffentlicht.

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

Cannabis – wirtschaftliche Verordnung

Seit Inkrafttreten der Cannabisgesetzgebung im März 2017 entwickelt sich der Arzneimittelmarkt in diesem Segment extrem dynamisch. Zuletzt umfassten die durch die Verordnung von unverarbeiteten Cannabisblüten ausgelösten Kosten in Bayern knapp ein Drittel der bundesweiten Kosten für unverarbeitete Cannabisblüten. Zum Vergleich sei darauf hingewiesen, dass in der Regel die Kosten für den gesamten Arzneimittelmarkt in Bayern ein Sechstel der bundesweiten Kosten betragen. Dabei ist die Abgabe der Cannabisblüten im Vergleich zur Abgabe von anderen Darreichungsformen wie Cannabisextrakten in Zubereitungen (unter anderem Dronabinol als Rezeptursubstanz) oder dem Fertigarzneimittel Sativex® die kostenintensivste Variante.

Weitere Details sowie einen Preisvergleich der häufigsten Cannabisarzneimittel finden Sie in unserem *Verordnung Aktuell* vom 24. Juli.

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

Ersatzverordnung

Mit dem Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) wurde die sogenannte Ersatzverordnung eingeführt, die schon seit 1. Juli 2020 über Ihre Praxissoftware abbildbar ist.

Wenn aufgrund eines Arzneimittelrückrufs (zum Beispiel Emerade®) oder aufgrund einer von der zuständigen Behörde bekannt gemachten Einschränkung der Verwendbarkeit erneut ein Arzneimittel verordnet werden muss, ist die erneute Verordnung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung zuzahlungsfrei (siehe Paragraph 31 Absatz 3 Satz 7 SGB V). Darüber hinaus gilt eine Ersatzverordnung im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung als Praxisbesonderheit.

Um die Umsetzung zu gewährleisten, ist eine entsprechende Kennzeichnung der Verordnung notwendig: Auf der Ersatzverordnung darf nur das Arzneimittel verordnet werden, das das zurückgerufene ersetzt. Über der Ordnungszeile ist von Ihnen „Ersatzverordnung gemäß Paragraph 31 Absatz 3 Satz 7 SGB V“ einzutragen (Pflichtfunktion P3-630). Zusätzlich zu dem Aufdruck erfolgt eine automatische Kennzeichnung über das Statusfeld im Personalienfeld.

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

Schutzimpfungs-Richtlinie – aktuelle Beschlüsse

Japanische Enzephalitis

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat Impfungen gegen die Japanische Enzephalitis in die Schutzimpfungs-Richtlinie aufgenommen und ist damit der STIKO-Empfehlung gefolgt. Der Leistungsanspruch besteht für Laborpersonal, das gezielt mit vermehrungsfähigen JEV-Wildtypstämmen arbeitet (berufliche Indikation), sowie für Aufenthalte in Endemiegebieten (Südost-Asien, weite Teile von Indien, Korea, Japan, China, West-Pazifik, Nordaustralien) während der Übertragungszeit (Reiseindikation).

Weitere Details lesen Sie in unserem *Verordnung Aktuell* vom 17. August 2020. Auch die Übersicht in unserem *Verordnung Aktuell* „Impfstoffe zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnen – Regresse vermeiden!“ haben wir für Sie aktualisiert.

Masern, Mumps, Röteln oder Varizellen aufgrund beruflicher Indikation

Entsprechend der im Epidemiologischen Bulletin Nr. 2 aus 2020 veröffentlichten Änderung der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission sieht auch der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Schutz vor Masern einen Anspruch 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 ehrenamtliche Tätige) in folgenden beruflichen Tätigkeitsbereichen indiziert:

- 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 unserem *Verordnung Aktuell* vom 18. Mai 2020.

Pertussis in der Schwangerschaft

Es erfolgte die Umsetzung der STIKO-Empfehlung für Schwangere:

- Impfung in jeder Schwangerschaft zu Beginn des dritten Trimenons unabhängig vom Abstand zu einer vorher verabreichten Pertussis-Impfung
- Wird die Impfung in der Schwangerschaft versäumt, soll die Impfung bevorzugt in den ersten Tagen nach der Geburt durchgeführt werden, sofern die letzte Impfung gegen Pertussis zehn oder mehr Jahre zurückliegt.
- Bei erhöhter Wahrscheinlichkeit für eine Frühgeburt sollte die Impfung ins zweite Trimenon vorgezogen werden.

Weitere Details lesen Sie in unserem *Verordnung Aktuell* vom 21. Juli 2020.

Pneumokokken – eingeschränkte Lieferfähigkeit

Die Liefersituation hat sich inzwischen etwas entspannt, Pneumovax® 23 bleibt jedoch bis auf Weiteres nur eingeschränkt verfügbar. Ab Mitte August 2020 sollen zirka 300.000 Einheiten Pneumovax® (als 10er-Verpackungseinheiten) - bundesweit - zur Verfügung stehen. Die STIKO hat ihre Handlungsempfehlung an die Umstände angepasst.

Die Verfügbarkeit von Prevenar® ist nun gewährleistet, daher können Sie die erste Impfung einer sequenziellen Impfung gemäß Schutzimpfungs-Richtlinie wieder mit Prevenar® durchführen, erst für die Komplettierung nach sechs Monaten wird Pneumovax® 23 verwendet.

Generell gilt, dass Pneumokokken-Impfungen dem Personenkreis vorbehalten bleiben sollten, der in den gültigen Impfeempfehlungen der STIKO benannt ist.

Weitere Details lesen Sie in unserem *Verordnung Aktuell* vom 10. August 2020.

Schutzimpfung aufgrund medikamentöser Therapie

Ihre Patienten haben auch Anspruch auf Schutzimpfungen, die nach den Angaben in der Fachinformation eines erstattungsfähigen Arzneimittels zur Verringerung eines durch diese medikamentöse Therapie erhöhten Infektionsrisikos zwingend vorgeschrieben sind. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss in Paragraf 11 Absatz 4 der Schutzimpfungs-Richtlinie klargestellt. Sofern sich aus der Fachinformation nichts anderes ergibt, sind die Hinweise zur Umsetzung nach Anlage 1 entsprechend anzuwenden.

Weitere Details lesen Sie in unserem *Verordnung Aktuell* vom 17. August 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

Häusliche Krankenpflege – aktuelle Beschlüsse

Kontinuierliche interstitielle Glukosemessung

Die Versorgung mit der kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (CGM) ist gegenwärtig in der Leistung Nummer 11 („Blutzuckermessen“) des Leistungsverzeichnisses zur Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie nicht explizit enthalten. Mit der Ergänzung des Leistungsverzeichnisses zur Glukosemessung bei Patienten mit intensivierter Insulintherapie sollen zukünftig im Rahmen der Behandlungspflege neben der Ermittlung und Bewertung des Blutzuckergehalts im kapillaren Blut auch Messverfahren der CGM sachgerecht Anwendung finden können. Weitere Details lesen Sie in unserem *Verordnung Aktuell* vom 5. August 2020.

Änderung Muster 12 – Verordnung einer häuslichen Krankenpflege

Das neue Muster 12 muss ab dem 1. Oktober 2020 eingesetzt werden. Bitte verwenden Sie bis zum 30. September 2020 die alten Vordrucke und vernichten Sie anschließend Ihre Restmengen. Vom Kohlhammer-Verlag erhalten alle Praxen, die dort seit der letzten Musteränderung im Jahr 2017 Muster 12 bezogen haben, bis Ende September 2020 automatisch ein Erstausstattungs paket. Nutzer der Blankoformularbedruckung erhalten keine Erstausstattung, da das Muster von den Softwarefirmen zum 1. Oktober 2020 aktualisiert wird. Unsere Ausfüllhilfe wird frühzeitig angepasst.

Leistungsverzeichnis jetzt auch digital

Als neuen Service bietet die Kassenärztliche Bundesvereinigung das Leistungsverzeichnis digital an. Sie finden es unter <https://hkp-lv.kbv.de>.

Anwendungs- beobachtungen

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) rät von der Teilnahme an Anwendungsbeobachtungen (AWB) ab. AWB werden von Herstellern gerne als „unverzichtbares Instrument für die Arzneimittelforschung“ bezeichnet. Doch oftmals verbergen sich lediglich Marketingmaßnahmen mit geringem wissenschaftlichen Anspruch dahinter. Die relevanten Fragen, die nach der Zulassung eines Arzneimittels offen bleiben, beispielsweise zum Nutzen und Schaden im Vergleich mit verschiedenen anderen Arzneimitteln oder zur Arzneimittelsicherheit, werden nicht beantwortet.

In der Regel beantworten AWB auch keine Fragen, zum Beispiel zur Adhärenz der Patienten oder zur Durchführung notwendiger Kontrolluntersuchungen.

In unserem *Verordnung Aktuell* mit dem Titel „AkdÄ rät an keinen Anwendungsbeobachtungen teilzunehmen“ finden Sie weitere Details sowie Verlinkungen.

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

Heilmittel-Richtlinie – aktuelle Beschlüsse

Änderungen der Richtlinie zum 1. Oktober 2020

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) überarbeitet. Die wesentlichen Änderungen beziehungsweise Neuerungen erläutern wir Ihnen in *Verordnung Aktuell* vom 12. August 2020. Zusätzlich wird die Kassenärztliche Bundesvereinigung ein Informationspaket zur Verfügung stellen. Geplant ist unter anderem eine Broschüre in der Reihe Praxis-Wissen, die im September 2020 dem Deutschen Ärzteblatt beigelegt werden soll.

Änderung Muster 13 – Heilmittel-Verordnung

Zum 1. Oktober 2020 ändert sich der Vordruck Muster 13. Im neuen Muster 13 werden die bisherigen Muster 13 (Physikalische/Podologische Therapie), Muster 14 (Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie) und Muster 18 (Ergotherapie/Ernährungstherapie) zusammengefasst. Das neue Muster 13 muss ab dem 1. Oktober 2020 eingesetzt werden. Bitte verwenden Sie bis zum 30. September 2020 die alten Vordrucke und vernichten Sie anschließend Ihre Restmengen. Vom Kohlhammer-Verlag erhalten alle Praxen, die dort seit der letzten Musteränderung im Jahr 2017 Muster 13, 14 oder 18 bezogen haben, bis Ende September 2020 automatisch ein Erstausstattungs paket. Nutzer der Blankoformularbedruckung erhalten keine Erstausstattung, da das Muster von den Softwarefirmen zum 1. Oktober 2020 aktualisiert wird.

Eine Übersicht der Änderungen finden Sie in unserem *Verordnung Aktuell* vom 10. August 2020. Unsere Ausfüllhilfe wurde für Sie selbstverständlich ebenfalls angepasst.

Verordnung von Soziotherapie

Sie finden sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Heilmittel*.

Heilmittelsoftware

Die Heilmittelsoftware wird mit den genannten Änderungen entsprechend angepasst. Ausführliche Informationen finden Sie in unserem *Verordnung Aktuell* vom 10. August 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

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat beschlossen, dass neben den bereits bisher befugten Fachärzten der Sprechenden Medizin und der Psychotherapeuten gemäß Paragraf 4 Absatz 2 der Soziotherapie-Richtlinie künftig auch Fachärzte mit der Zusatzweiterbildung Psychotherapie zur Verordnung von Soziotherapie berechtigt sind. Der Beschluss ist am 4. Juli 2020 in Kraft getreten.

Die Verordnung setzt die Genehmigung durch die KVB voraus, wofür durch die Fachärzte mit Zusatzweiterbildung Psychotherapie Kenntnisse in der Anwendung der GAF-Skala zu bestätigen sind.

Hierzu steht in Kürze die Informationsbroschüre „PraxisWissen: Soziotherapie – Hinweise zur Verordnung für Ärzte und Psychotherapeuten“ unter www.kvb.de zur Verfügung.

In unserem *Verordnung Aktuell* „Soziotherapie verordnen“ vom 7. August 2020 informieren wir Sie darüber ausführlich.

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

Anerkennung der Leistungspflicht

Seit 1. Juli 2020 müssen die Krankenkassen die Anerkennung der Leistungspflicht für eine Kurzzeittherapie auch dem Psychotherapeuten mitteilen, nicht nur wie bisher dem Versicherten. Weiterhin gilt, dass Anträge nach Ablauf einer Drei-Wochen-Frist als bewilligt gelten.

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

