

KVBIINFOS

01|22
02|22

ABRECHNUNG

- 2 Die nächsten Zahlungstermine
- 2 Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2021
- 5 HVM ab 1. Juli 2021, 1. Oktober 2021 und ab 1. Januar 2022
- 6 EBM-Änderungen zum 1. Januar 2022
- 8 Mutterschafts-Richtlinie: Nicht-invasiver Test zum Vorliegen von Trisomien
- 8 Genehmigungspflichtige Psychotherapie

VERORDNUNG

- 9 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 10 FAQs zur Verordnung von Hilfsmitteln
- 10 Festbetrag für Imatinib
- 10 Lieferengpass Substitol®
- 11 Nichtlieferfähigkeit von Toluidinblau
- 11 Zulassungsrücknahme für Dapagliflozin/Forxiga®

ALLGEMEINES

- 11 Thesauren und Zi-Kodierhilfen 2022

HINWEIS ZU KVB-SEMINAREN

Die ersten Seminartermine für das Jahr 2022 finden Sie bereits unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Fortbildung* unter Terminsuche. Für das Seminarangebot - das laufend erweitert wird - können Sie sich dort sofort online anmelden. Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme.

Die nächsten Zahlungstermine

11. Januar 2022
Abschlagszahlung Dezember 2021*

31. Januar 2022
Restzahlung 3/2021

10. Februar 2022
Abschlagszahlung Januar 2022

10. März 2022
Abschlagszahlung Februar 2022

11. April 2022
Abschlagszahlung März 2022

29. April 2022
Restzahlung 4/2021

10. Mai 2022
Abschlagszahlung April 2022

10. Juni 2022
Abschlagszahlung Mai 2022

11. Juli 2022
Abschlagszahlung Juni 2022

29. Juli 2022
Restzahlung 1/2022

10. August 2022
Abschlagszahlung Juli 2022

12. September 2022
Abschlagszahlung August 2022

10. Oktober 2022
Abschlagszahlung September 2022

31. Oktober 2022
Restzahlung 2/2022

10. November 2022
Abschlagszahlung Oktober 2022

12. Dezember 2022
Abschlagszahlung November 2022

* Abschlagszahlungen im Notarzdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später

Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2021

Abrechnungsabgabe

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

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

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

Korrekturen und/oder Ergänzungen nach Übermittlung der Abrechnung

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

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

Sammelerklärung

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

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

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg

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

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

Sonstige Abrechnungen mit separaten Einreichungsterminen

Corona-Impfungen in Impfzentren (nicht in der eigenen Praxis)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Die Abrechnung von Corona-Impfungen, die Sie in Impfzentren durchführen, erfolgt ausschließlich mit einer Online-Anwendung über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ unter Service „Honorar & Abrechnung“ mit dem Suchbegriff „Corona-Impfabrechnung“. ■ Bitte beachten Sie, dass diese Abrechnungen monatlich bis zum 15. des auf die Tätigkeit folgenden Monats erfolgen müssen!
Infos zu Corona-Impfungen in Impfzentren	Ausführliche Informationen finden Sie in unserer „Anleitung zur Corona-Impfabrechnung“ über „Meine KVB“ oder unter www.kvb.de in der Rubrik <i>Praxis/Qualität/Hygiene und Infektionsprävention/Infektionsschutz/Coronavirus</i> .
Notarzteinsätze über emDoc	<ul style="list-style-type: none"> ■ Eine Besonderheit stellt die Einreichung und Abrechnung von Notarzteinsätzen über emDoc dar. Mit emDoc können Sie Ihre Fälle laufend zur Abrechnung einreichen. Alle bis zum jeweiligen Abrechnungslauf eingereichten Fälle werden berücksichtigt. ■ Die Anwendung startet im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ unter Service „Honorar & Abrechnung“ mit dem Suchbegriff „Notarzt-Abrechnung anlegen“. ■ Anders als bei der sonst erforderlichen Einreichung der handschriftlich unterzeichneten Sammelerklärung bestätigen Sie in emDoc auf elektronischem Weg, dass Sie die Leistungen persönlich den Bestimmungen entsprechend erbracht haben.
Fragen/Infos zu emDoc?	Bei Fragen erreichen Sie uns unter Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88 Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25 E-Mail emDoc@kvb.de

HVM ab 1. Juli 2021, 1. Oktober 2021 und ab 1. Januar 2022

Am 20. November 2021 hat die Vertreterversammlung der KVB Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) beschlossen. Wir haben die praxisrelevanten Änderungen für Sie zusammengefasst.

1. HVM ab 1. Januar 2022

a) Kalkulatorische Fallwerte 2022 für RLV und QZV

Aufgrund zum Teil erheblicher Veränderungen der Fallzahlen infolge der Corona-Pandemie war eine reguläre Fallwertermittlung nicht möglich. Daher werden die kalkulatorischen Fallwerte 2021, erhöht entsprechend der Anpassung des Orientierungswerts 2022, fortgeschrieben. Für das QZV-MRT wird der kalkulatorische Fallwert des Jahres 2021 beibehalten. Die kalkulatorischen Fallwerte 2022 sind unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.22/Fallwerte/Fallzahlen/Quoten* bereitgestellt.

b) **Aussetzung der RLV-Fallzahlzuwachsbeschränkung in den Quartalen 1/2022 und 2/2022**
Die Regelungen der RLV-Fallzahlzuwachsbeschränkung waren infolge der Corona-Pandemie für das Jahr 2021 ausgesetzt worden. Die Vertreterversammlung hat beschlossen, die RLV-Fallzahlzuwachsbeschränkung auch für die Quartale 1/2022 und 2/2022 auszusetzen. Dies gilt nicht für die Zuwachsbeschränkung der Leistungsfallzahlen im QZV-MRT.

2. Fachgruppenspezifische HVM-Änderungen

a) **Probatorik im Gruppensetting (GOP 35163 bis 35169 EBM) ab 4/2021**

Zum 1. Oktober 2021 wurden im EBM neue gruppentherapeutische Versorgungsangebote eingeführt (vergleiche Serviceschreiben vom 13. September 2021). Für die psychotherapeutischen Fachgruppen werden diese Leistungen, analog der probatorischen Sitzung im Einzelsetting (GOP 35150 EBM), außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Für alle anderen Fachgruppen fallen diese Leistungen, sofern keine ausschließlich psychotherapeutische Tätigkeit vorliegt, in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung und werden im HVM ab 1. Oktober 2021 dort zugeordnet, wo bisher bereits die probatorische Sitzung (GOP 35150 EBM) geregelt ist. Für die Fachgruppen der Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte, Anästhesisten, Frauenärzte, Fachärzte für Innere Medizin ohne (Versorgungs-)Schwerpunkt und Fachärzte für physikalische und rehabilitative Medizin werden die GOP 35163 bis 35169 EBM dem QZV „Richtlinienpsychotherapie I, probatorische Sitzung“ zugeordnet. Für die Fachgruppe der Neurologen erfolgt die Zuordnung der GOP 35163 bis 35169 EBM zu den freien Leistungen im Fachgruppentopf.

b) **Anästhesisten**

Für die QZV der Fachgruppe der Anästhesisten gilt ab 1. Januar 2022 eine Mindestquote in Höhe von 85 Prozent.

3. Finanzieller Ausgleich COVID-19-Pandemie für die Quartale 3/2021 und 4/2021

Im zweiten Halbjahr 2021 hat sich die Situation in den Praxen zunächst

weiter stabilisiert. Aktuell erleben wir die vierte Welle. Nachdem es weiterhin einzelne Praxen geben kann, die pandemiebedingt finanzielle Hilfe benötigen, wird das Antragsverfahren zum „Corona-Schutzschirm“ letztmalig im Sinne einer Abschlussphase im zweiten Halbjahr 2021 fortgeführt.

Die konkreten Voraussetzungen zur Corona-Ausgleichszahlung sowie Erläuterungen zu den von der Praxis bei der Antragstellung **verbindlich abzugebenden Erklärungen** (unter anderem Angaben zu erhaltenen Entschädigungszahlungen oder zu Honoraren aus Test- beziehungsweise Impftätigkeit), finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Ausgleich Corona*. Dort wird rechtzeitig zum Versand der Honorarbescheide 3/2021 beziehungsweise 4/2021 ein Antragsformular zur Verfügung gestellt. Bitte verwenden Sie für Ihren Antrag **ausschließlich** das bereitgestellte Formular. Andernfalls fehlen unter Umständen wichtige Angaben, was zu einer verzögerten Bearbeitung führen kann. Der Antrag ist **spätestens einen Monat** nach Bekanntgabe des Honorarbescheids 3/2021 beziehungsweise 4/2021 zu stellen.

4. Weitere Informationen

Allgemeine Informationen zum HVM finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.22*. Dort sind auch die Online-Fassung der Honorarbrochure „Erläuterungen zum Honorarverteilungsmaßstab der KVB“ sowie die „Ergänzungsbroschüre QZV und Leistungen außerhalb RLV und QZV“ eingestellt.

EBM-Änderungen zum 1. Januar 2022

Den HVM-Text finden Sie unter www.kvb.de, in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/Buchstabe H/Honorarverteilungsmaßstab*. Bei der Gestaltung des HVM sind zudem die Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gemäß Paragraf 87b Absatz 4 SGB V zur Honorarverteilung (KBV-Vorgaben) zu beachten. Diese werden von der KBV im Internet unter www.kbv.de in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/* weitere Rechtsquellen veröffentlicht. Auf der Internetseite der KVB finden Sie direkt im Anschluss an die HVM-Textfassungen einen Link auf die Website der KBV.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 06 00

Der Bewertungsausschuss (576. Sitzung) und der Erweiterte Bewertungsausschuss (74. Sitzung) haben zum 1. Januar 2022 Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) beschlossen.

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

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

Beschluss aus der 576. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Der Anhang 2 zum EBM wird mit Wirkung zum 1. Januar 2022 an die Version 2022 des Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) angepasst. In den Anhang 2 zum EBM wurden neue OPS-Codes aufgenommen, Änderungen an OPS-Codes vorgenommen und OPS-Codes gestrichen.

Die Anforderungen zur Berechnungsfähigkeit der OPS-Codes in Zusammenhang mit der Versorgung von Narbenhernien mit einer horizontalen Defektbreite von zehn Zentimetern oder mehr (OPS-Codes 5-536.4[e-h]) werden im OPS 2022 nicht mehr genannt. Somit wird die entsprechende 21. Bestimmung in der Präambel 2.1 zum Anhang 2 EBM gestrichen.

Mit Aufnahme der operativen Behandlung von Hämorrhoiden wird in

den Präambeln der operativen visceralchirurgischen Eingriffe (31.2.6 EBM ambulant und 36.2.6 EBM belegärztlich) eine neue Bestimmung aufgenommen: Die proktologischen Eingriffe entsprechend den OPS-Codes 5-493.01 und 5-493.02 sind nur bei Hämorrhoiden dritten Grades berechnungsfähig.

Die Übersichten über die neu aufgenommenen, geänderten und gestrichenen OPS-Codes finden Sie auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-ba.de in der Rubrik *Bewertungsausschuss/Beschlüsse* beim Beschluss aus der 576. Sitzung.

Neue Zuschläge für allgemeinen Hygieneaufwand ab 1. Januar 2022

Beschluss aus der 74. Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses

Die Hygienekosten in den Arztpraxen sind in den vergangenen Jahren unter anderem aufgrund der Regelungen des Infektionsschutzgesetzes und den daraus resultierenden Landeshygieneverordnungen sowie der Weiterentwicklung von Hygieneempfehlungen (zum Beispiel Richtlinien der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention sowie des Robert Koch-Instituts) gestiegen. Zur Vergütung der allgemeinen Hygienekosten beispielsweise durch die geforderte Verwendung sogenannter Safety-Produkte, für Hygieneberatung und Fortbildung werden mit Wirkung zum 1. Januar 2022 neue fachgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen in den EBM aufgenommen.

Einmal im Behandlungsfall erhalten **alle Fachgruppen mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt ei-**

nen Zuschlag von zwei Punkten (rund 22,5 Cent) auf ihre Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale. Ausgenommen sind Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Videokontakte stattfinden. Die Höhe des Zuschlags ist für alle Fachgruppen gleich hoch, da sich die allgemeinen Hygienekosten im Behandlungsfall nur unwesentlich unterscheiden.

Sie müssen den neuen Zuschlag nicht selbst in Ihre Abrechnung eintragen. Der Zuschlag für die allgemeinen Hygienekosten wird von uns automatisch einmal im Behandlungsfall zu Ihrer arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale zugesetzt, wenn nicht ausschließlich Videokontakte im Quartal stattfinden (siehe Tabelle).

Spezifische Hygienekosten

Die Verhandlungen zur Vergütung von Hygienekosten bei speziellen Leistungen wie ambulante Operationen, Dialysen und Endoskopien dauern noch an. Sobald sich hier Änderungen ergeben, werden wir die betroffenen Fachgruppen informieren.

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

GOP*	Abrechnungsgebiet	Bewertung 2022	
		Punkte	Euro
		2	0,23
03020	Hausärzte		
04020	Kinder- und Jugendmedizin		
05215	Anästhesiologie		
06215	Augenheilkunde		
07215	Chirurgie		
08215	Gynäkologie		
09215	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde		
10215	Dermatologie		
11215	Humangenetik		
12215	Labormedizin		
13215	Innere Medizin (FA ohne Schwerpunkt)		
13295	Innere Medizin – Angiologie		
13345	Innere Medizin – Endokrinologie		
13395	Innere Medizin – Gastroenterologie		
13495	Innere Medizin – Hämato-/Onkologie		
13546	Innere Medizin – Kardiologie		
13595	Innere Medizin – Nephrologie		
13645	Innere Medizin – Pneumologie		
13695	Innere Medizin – Rheumatologie		
14215	Kinder- und Jugendpsychiatrie		
15215	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie		
16214	Neurologie (nicht Nervenärzte und FA für Neurologie und Psychiatrie)		
17215	Nuklearmedizin		
18215	Orthopädie		
19215	Pathologie, Neuropathologie		
20215	Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (Phoniater und Pädaudiologen)		
21222	Fachärzte für Psychiatrie, Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie		
22215	Psychosomatik und Psychotherapie		
23215	Psychotherapie		
24215	Radiologie		
25215	Strahlentherapie		
26215	Urologie		
27215	Physikalische und Rehabilitative Medizin		
30703	Schmerztherapie		

* Der Zuschlag auf die bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnete Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale wird von uns automatisch zugefügt.

Mutterschafts-Richtlinie: Nicht-invasiver Test zum Vorliegen von Trisomien

Schwangere mit besonderen Risiken können in begründeten Einzelfällen und nach ärztlicher Beratung unter Verwendung einer Versicherteninformation zukünftig einen nicht-invasiven molekulargenetischen Test (NIPT) zur Klärung der Frage des Vorliegens einer Trisomie 13, 18 oder 21 zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erhalten. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 19. September 2019 den NIPT in die Mutterschafts-Richtlinie aufgenommen. Die dazugehörige verpflichtende Versicherteninformation für die ärztliche Beratung wurde am 19. August 2021 durch den G-BA beschlossen. Die beiden Beschlüsse zur Änderung der Mutterschafts-Richtlinie sind am 9. November 2021 in Kraft getreten.

Ein NIPT zum Vorliegen von Trisomien kann zukünftig zulasten der GKV angewendet werden, wenn im Rahmen der ärztlichen Schwangerenbetreuung die Frage entsteht, ob eine fetale Trisomie vorliegen könnte, und dies für die Schwangere eine unzumutbare Belastung darstellt. Ziel ist es, sie in dieser Situation möglichst nicht dem mit einer invasiven Untersuchung einhergehenden Risiko einer Fehlgeburt auszusetzen. Nur wenn ein Befund auffällig ist, bedarf es für eine gesicherte Diagnosestellung der Abklärung mittels eines invasiven Verfahrens. Liegen bereits Befunde vor, die eine Amniozentese oder Chorionzottenbiopsie erforderlich machen, kann der Test nicht zulasten der GKV erbracht werden.

Der Test kann dann durchgeführt werden, wenn er geboten ist, um der Schwangeren eine Auseinandersetzung mit ihrer individuellen Situation hinsichtlich des Vorliegens einer Trisomie im Rahmen der ärztlichen

Begleitung zu ermöglichen. Eine statistisch erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Trisomie allein reicht für die Anwendung dieses Tests nicht aus. Es dürfen nur NIPT-Verfahren verwendet werden, deren Testgüte nachweislich sehr hoch ist.

Qualifikation

Da es sich um eine genetische Untersuchung handelt, gelten die Vorgaben des Gendiagnostikgesetzes. Voraussetzung für die Aufklärung und Beratung der Gynäkologinnen und Gynäkologen ist die Qualifikation „fachgebundene genetische Beratung“ (72-Stunden-Curriculum beziehungsweise das Äquivalent – die sogenannte „große Wissenskontrolle“).

Abrechnung erst nach Aufnahme einer Leistung in den EBM möglich

Der NIPT auf Vorliegen von Trisomien kann erst dann als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung erbracht und abgerechnet werden, wenn entsprechende Leistungen im EBM aufgenommen wurden. Für diese Anpassung hat der Bewertungsausschuss bis zu sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinie Zeit.

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

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

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

Genehmigungspflichtige Psychotherapie

Genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie können erst nach Vorliegen der Genehmigung durch die Krankenkasse erbracht und abgerechnet werden. Dabei ist zwischen **antragspflichtigen** und **nicht antragspflichtigen** und **anzeigepflichtigen** Leistungen zu unterscheiden.

Nicht antragspflichtige Leistungen können – bei Erfüllen der entsprechenden Abrechnungsvoraussetzungen – ohne Genehmigung durch die Krankenkasse erbracht und abgerechnet werden. Dabei handelt es sich um folgende Leistungen:

- Psychotherapeutische Sprechstunde (GOP 35151)
- Probatorik als Einzel- (GOP 35150) und im Gruppensetting (GOP 35163 bis 35169)
- Leistungen der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung (GOP 35173 bis 35179)
- Psychosomatische Grundversorgung (GOP 35100 und 35110)
- Übende Verfahren (GOP 35111 bis 35120)
- Anamnese (GOP 35140)
- Vertiefte Exploration (GOP 35141)
- Zuschlag Erhebung neurologischer und psychiatrischer Befunde (GOP 35142)
- Psychodiagnostische Testverfahren nach Abschnitt 35.3 EBM (GOP 35600 bis 35602)
- Berichte an den Gutachter (GOP 35130 und 35131)

Eine Besonderheit bei den **nicht antragspflichtigen** Leistungen stellt die **Psychotherapeutische Akutbehandlung** nach GOP 35152 dar. Diese ist bei der Krankenkasse mittels PTV 12 nur **anzeigepflichtig**. Sie muss jedoch nicht beantragt werden und die Kasse erteilt keine Genehmigung.

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

Antragspflichtig sind Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM (Einzeltherapien gemäß Abschnitt 35.2.1 und Gruppentherapien gemäß Abschnitt 35.2.2, inklusive Zuschläge gemäß Abschnitt 35.2.3). Diese bedürfen **vor** Leistungserbringung der schriftlichen Bewilligung durch die Krankenkasse. Einzeltherapie, Gruppentherapie und die Systemische Therapie (auch im Mehrpersonensetting) können erst dann begonnen und abgerechnet werden, wenn die Bewilligung der Krankenkasse vorliegt. Dies folgt aus Paragraf 34 Absatz 1 der Psychotherapie-Richtlinie, der vorsieht, dass die Feststellung der Leistungspflicht für Psychotherapie durch die Krankenkasse auf Antrag des Versicherten erfolgt (PTV 1).

Bei der **Kurzzeitherapie** gilt folgende Besonderheit: Spätestens mit Ablauf von drei Wochen nach Antragsingang hat die Krankenkasse gemäß Paragraf 34 Absatz 1 der Psychotherapie-Richtlinie über einen Antrag auf Kurzzeitherapie zu entscheiden. Sofern diese Frist nicht eingehalten werden kann (beispielsweise weil der Antrag ergänzungs- oder klarstellungsbedürftig ist), hat die Krankenkasse dies dem Antragsteller mit hinreichender Begründung und Angabe eines angemessenen neuen Entscheidungstermins schriftlich mitzuteilen. Kann die **Frist von drei Wochen nach Antragsingang** (und gegebenenfalls auch der neue Entscheidungstermin) nicht eingehalten werden, gilt die beantragte Leistung als **genehmigt** und die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut kann mit der Behandlung beginnen.

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

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

Anlage III, Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse

Neue Nummer 6 „Analgetika, Antiphlogistika oder Antirheumatika in fixer Kombination mit anderen Wirkstoffen“,

- ausgenommen Kombinationen aus einem Analgetikum mit Naloxon
- ausgenommen Kombinationen aus einem nichtsteroidalen Antirheumatikum (NSAR) mit einem Protonenpumpenhemmer (PPI) bei Patienten mit hohem gastro-duodenalen Risiko, bei denen die Behandlung mit niedrigeren Dosen des NSAR und/oder PPI nicht ausreichend ist
- ausgenommen Kombinationen aus einem nichtsteroidalen Antirheumatikum (NSAR) mit Lokalanästhetika zum Einbringen in eine Operationswunde
- ausgenommen Kombinationen mit Mydriatika

(siehe „Verordnung Aktuell“ vom 12. November 2021)

Anlage V, verordnungsfähige Medizinprodukte

- avacol® macrogol – Streichung
- MacroGo Klinge plus Elektrolyte – Aufnahme
- Microvisc® plus – Befristung der Verordnungsfähigkeit bis 1. September 2023
- myVISC Hyal 1.0 – Befristung der Verordnungsfähigkeit bis 1. September 2023
- Pe-Ha-Visco (2,0%) – Befristung der Verordnungsfähigkeit bis 26. Mai 2024

- polyvisc® 2,0% – Befristung der Verordnungsfähigkeit bis 26. Mai 2024
- PURI CLEAR – Befristung der Verordnungsfähigkeit bis 26. Mai 2024
- roleca macrogol – Aufnahme

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

FAQs zur Verordnung von Hilfsmitteln

Unsere FAQ-Übersicht haben wir ergänzt.

- Ist das FreeStyle-Libre-Gerät verordnungsfähig?
- Wie lange ist eine Versorgung mit motorbetriebenen, passiven Bewegungsschienen (CPM-Schiene) postoperativ möglich?

Sie finden die aktuelle Übersicht vom 13. Oktober 2021 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

Festbetrag für Imatinib

Aufgrund des Wegfalls des Patentschutzes – zuletzt in der verbliebenen Indikation GIST (Gastrointestinale Stromatumoren) Ende Oktober 2021, – wurde die Festbetragsgruppenbildung möglich. Da zunächst nicht davon auszugehen ist, dass alle pharmazeutischen Anbieter die Bruttoverkaufspreise auf den Festbetrag absenken werden, besteht die Gefahr erheblicher Mehrkosten für Versicherte in der Apotheke, sofern Sie bei der Verordnung den Austausch des Präparats mittels des (non) aut-idem Kreuzes ausschließen.

Bitte ermöglichen Sie deshalb diesen Austausch in generische Rabattvertragsarzneimittel, damit die Mehrkosten für Ihre Patienten unterbleiben und setzen Sie **kein Kreuz im aut-idem Feld**.

Mit dem Wegfall jeglichen Patentschutzes für den Wirkstoff Imatinib stellt auch eine reine Wirkstoffverordnung die wirtschaftliche und medizinisch angemessene Versorgung sicher.

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

Lieferengpass Substitol®

In unserem „Verordnung Aktuell“ vom 25. November 2021 zitieren wir die Handlungsempfehlung der AOK Bayern, die während des Lieferengpasses für **Substitol® zur Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger** gilt.

Dem Genehmigungsverzicht bis zur Wiederverfügbarkeit von Substitol haben sich –neben der AOK Bayern – folgende Krankenkassen angeschlossen:

- Mitgliedskassen des Verband der Ersatzkassen e. V (vdek)
- Mitgliedskassen des BKK Landesverbands
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

Genehmigungsverzicht bis Ende Januar 2022:

- IKK classic

Von der Knappschaft-Bahn-See (KBS) haben wir keine Informationen vorliegen, deshalb empfehlen wir Ihnen, Rücksprache mit der Krankenkasse Ihres Patienten zu halten.

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

Nichtlieferfähigkeit von Toluidinblau

Toluidinblau Ampullen (Köhler Chemie) können gemäß der aktuellen **Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung** zur Anfärbung/Sichtbarmachung von Polypen und Fisteln über Muster 16a bay bezogen werden. Nachdem diese nun auf unbestimmte Zeit nicht lieferbar sind, haben die bayerischen Krankenkassen ihr Entgegenkommen gezeigt und öffnen für die Zeit des Lieferengpasses den Sprechstundenbedarf ausnahmsweise für das teurere **Methylenblau**.

Bitte achten Sie auf eine wirtschaftliche Bezugsmenge. **Die Ausnahme erlischt, sobald Toluidinblau wieder zur Verfügung steht.**

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

Zulassungsrücknahme für Dapagliflozin/Forxiga®

Wir möchten Sie über eine wichtige Mitteilung (sogenannter Rote-Hand-Brief) des pharmazeutischen Herstellers des Arzneimittels von Dapagliflozin/Forxiga® informieren. Demnach ist zum 25. Oktober 2021 die Zulassung von Dapagliflozin/Forxiga® zur Behandlung von Typ 1-Diabetikern mit einem BMI ≥ 27 kg/m² und unzureichender Stoffwechselkontrolle zurückgenommen worden.

Nähere Informationen finden Sie unter <https://www.akdae.de/Arzneimittelsicherheit/RHB/index.html>

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

Thesauren und Zi-Kodierhilfen 2022

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) stellt auf seiner Internetseite unter <https://www.zi.de/projekte/kodierung/zi-thesauren> sowohl Haus- als auch Facharztthesauren zur Verfügung, die die gebräuchlichsten Diagnoseverschlüsselungen für die einzelnen Fachgebiete wiedergeben. Diese sind auch zum Download bereitgestellt. In Kürze werden diese auf die Versionen 2022 aktualisiert.

Zudem wurde der Bereitschaftsdienst-Thesaurus neu entwickelt. Dieser enthält eine Auflistung der Diagnoseschlüssel, die am häufigsten im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst dokumentiert werden, und versieht diese mit den im Praxisalltag gebräuchlichen Bezeichnungen.

Ebenso können beim Zi die Zi-Kodierhilfe und das Zi-Kodiermanual elektronisch nachgeschlagen werden, mit denen Vertragsärzte und -psychotherapeuten den richtigen ICD-10-Schlüssel für jede Erkrankung finden. Die Zi-Kodierhilfe steht auch als mobile Anwendung für Smartphones und Tablets zur Verfügung. Mit der App können Ärzte und Psychotherapeuten die ICD-10-GM bequemer durchsuchen. Sie enthält fachliche Erläuterungen zu nahezu allen Diagnosekodes.

Nutzer finden die kostenlose und werbefreie App des Zi im Google Play Store (Android) sowie im Apple App Store (iOS) über das Stichwort „Zi-Kodierhilfe“.

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

