

# KVBBINFOS

03|21

## ABRECHNUNG

- 14 Die nächsten Zahlungstermine
- 14 Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2021
- 16 EBM-Änderungen rückwirkend zum Quartal 4/2020 und ab Quartal 1/2021
- 19 Biomarkerbasierte Tests beim primären Mammakarzinom
- 20 Brachytherapie bei Prostatakrebs mit niedrigem Risikoprofil wird GKV-Leistung
- 21 Zweitmeinungsverfahren – Kennzeichnung notwendig
- 22 Bewertung für Moulagen- oder Flabtherapie
- 23 Ultraschall-Screening auf Bauchaortenaneurysmen
- 23 Vakuumversiegelungstherapie – GOP 90403

- 23 Operative Eingriffe an Kopf und Händen
- 24 Unvorhergesehene Inanspruchnahme
- 24 ASV – neue Indikationen

## VERORDNUNG

- 25 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 26 Ergänzungen der Schutzimpfungs-Richtlinie
- 26 Ruhen der Zulassung von Ranitidin
- 27 Digitale Gesundheitsanwendungen verordnen
- 27 Verordnungen durch Psychotherapeuten

## QUALITÄT

- 28 Neues Zweitmeinungsverfahren „Implantation einer Knieendoprothese“
- 29 DMP-Teilnahme-/ Einwilligungserklärung 070E
- 30 Hinzuziehung eines Medizinphysik-Experten zur Mitarbeit

## ALLGEMEINES

- 31 Anforderungen an die ärztliche Dokumentation

## HINWEIS ZU KVB-SEMINAREN

Unser Fortbildungsangebot finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Service/Fortbildung*. Dort können Sie sich rund um die Uhr für unsere Seminare anmelden.

Um flexibel auf Ihre Bedürfnisse und die aktuelle Lage eingehen zu können, werden wir im Laufe der nächsten Wochen das Fortbildungsangebot selbstverständlich den jeweils aktuellen Gegebenheiten anpassen und erweitern. Es lohnt sich also, immer wieder nach den aktuellen Online-Seminaren und Veranstaltungen zu stöbern.

## Die nächsten Zahlungstermine

- 10. März 2021**  
Abschlagszahlung Februar 2021
- 12. April 2021**  
Abschlagszahlung März 2021
- 30. April 2021**  
Restzahlung 4/2020
- 10. Mai 2021**  
Abschlagszahlung April 2021
- 10. Juni 2021**  
Abschlagszahlung Mai 2021
- 12. Juli 2021**  
Abschlagszahlung Juni 2021
- 30. Juli 2021**  
Restzahlung 1/2021
- 10. August 2021**  
Abschlagszahlung Juli 2021
- 10. September 2021**  
Abschlagszahlung August 2021
- 11. Oktober 2021**  
Abschlagszahlung September 2021
- 29. Oktober 2021**  
Restzahlung 2/2021
- 10. November 2021**  
Abschlagszahlung Oktober 2021
- 10. Dezember 2021**  
Abschlagszahlung November 2021

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

## Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2021

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 1. Quartal 2021 bis spätestens **Montag, den 12. April 2021**, 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 oder das Deckblatt Rechnungseinreichung Sachkosten, beigefügt 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 Sammelerklärung zum Download zur Verfügung gestellt, das Sie bitte ausdrucken, unterschreiben und auf dem Postweg an die KVB senden.

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

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

Die Einreichung der Sammelerklärung 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 **Sammelerklärung**, darf die KVB die „abgerechneten“ Leistungen nicht vergüten, da somit **kein Honoraranspruch** entstanden ist.

### Deckblatt für die Rechnungseinreichung von Sachkosten:

Es ist erforderlich bei der Einreichung von Sachkostenrechnungen ein entsprechendes Deckblatt mit beizufügen. Dieses steht Ihnen unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Abrechnung/Vergütungsverträge/Buchstabe „S“/ Sachkostenerstattung* im Kästchen „Dokumente“ zur Verfügung.

Auf dieser Seite ist unter KVB-Mitteilungen zur Sachkostenerstattung auch das Rundschreiben zur Sachkostenabrechnung ab 1. April 2020 vom 26. Februar 2020 – mit wichtigen Informationen zur „Einführung des einheitlichen Deckblatts“ eingestellt.

### 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 Be-

triebsstättennummer 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“ unter der Kachel „Formulare“ mit dem Suchbegriff *Fristverlängerung* und der weiteren Kachel *„Fristverlängerung der Quartalsabrechnung“* zu beantragen. Hierbei erhalten Sie eine vom System generierte Eingangsbestätigung/Genehmigung.

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)

## EBM-Änderungen rückwirkend zum Quartal 4/2020 und ab Quartal 1/2021

### Corona-Impfungen

Die Abrechnung von Corona-Impfungen erfolgt ausschließlich mit einer Online-Anwendung über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ unter der Kachel „Corona Impf-abrechnung“.

Bitte beachten Sie, dass diese Abrechnungen monatlich bis zum 15. des auf die Tätigkeit folgenden Monats erfolgen müssen!

### 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 Sammelerklärung bestätigen Sie in emDoc auf elektronischem Weg, dass Sie die Leistungen persönlich den Bestimmungen entsprechend erbracht haben.

Bitte beachten Sie auch unsere besonderen 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)

Der Bewertungsausschuss hat rückwirkend zum 1. Oktober 2020 (544. Sitzung) sowie zum 1. Januar 2021 (535., 538., 544. und 547. Sitzung) Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) beschlossen. Die betroffenen Ärzte wurden mit Rundschreiben über die wichtigsten Änderungen bereits informiert.

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

### Human- und Tumorgenetik

*Beschluss aus der 547. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)*

**Streichung der GOPen 11304, 11449, 11514, 19406, 19425 sowie 19454 ab 1. Januar 2021 – Erweiterte Mutationssuche künftig ohne vorherige Genehmigung berechnungsfähig**

Ab dem 1. Januar 2021 müssen die „großen“ Mutationssuchen, die bisher nach den Gebührenordnungspositionen (GOPen) 11449, 11514 und 19425 berechnungsfähig waren, nicht mehr vorab durch die Krankenkassen genehmigt und ein wissenschaftlich begründetes ärztliches Gutachten eingereicht werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hatte bereits mit Einführung der Leistungen im Juli 2016 die Genehmigungspflicht dieser Untersuchungen beanstandet. Im Rah-

men der gerichtlichen Auseinandersetzung hat das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg die Beanstandung des BMG bestätigt und gleichzeitig dem Bewertungsausschuss die Gelegenheit gegeben, die Finanzierung der bislang extrabudgetär vergüteten Leistungen aufgrund des Wegfalls der mengensteuernden Wirkung des Genehmigungsvorbehalts neu zu beschließen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben sich im Zuge einer Neuregelung nun mit Wirkung zum 1. Januar 2021 darauf verständigt, **die GOPen 11449, 11514 und 19425 zu streichen** und deren Leistungsinhalte in **bestehende Gebührenordnungspositionen zu integrieren, ohne dass künftig noch eine vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse notwendig ist**. Auch die der GOP 19425 entsprechende Leistung nach **GOP 19454** für die In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen zur Indikationsstellung einer pharmakologischen Therapie **wird gestrichen und die Leistungsinhalte in die GOP 19453 überführt**.

Zukünftig gilt:

- Der bisherige Zuschlag nach GOP 11449 für die Erweiterung der indikationsbezogenen Diagnostik des Abschnittes 11.4.2 EBM wird innerhalb der bestehenden GOPen abgebildet. Hierzu wird insbesondere der fakultative Leistungsinhalt der GOP 11440 (Hereditäres Mamma- und Ovarialkarzinom) erweitert, indem die Begrenzung der Untersuchung auf bestimmte, weitere Gene aufgehoben wird.

- Der Leistungsinhalt der human-genetischen Diagnostik nach GOP 11514 wird in die bestehende GOP 11513 überführt. Dafür wird der bisher begrenzte Umfang der Untersuchung nach GOP 11513 „in bis zu 25 Kilobasen kodierender Sequenz“ aufgehoben.
- Die tumorgenetische Diagnostik nach GOP 19425 und die GOP 19454 zur Indikationsstellung einer pharmakologischen Therapie sind künftig nach den GOPen 19424 beziehungsweise 19453 berechnungsfähig. In den dazugehörigen Leistungsbeschreibungen der GOP 19424 beziehungsweise GOP 19453 entfallen die eingeschränkten Analyseumfänge von „in bis zu 20 Kilobasen kodierender Sequenz“.
- Die bestehenden Begrenzungsregelungen (abgestaffelte Vergütung ab dem 21. Ansatz/Höchstwert) für die GOPen 11513, 19424 und 19453 gelten weiterhin.
- Die **GOPen 11304 und 19406** für die schriftlichen wissenschaftlich begründeten ärztlichen Gutachten für die Anträge zu den genehmigungspflichtigen Mutationsssuchen **entfallen im Zuge der gestrichenen GOPen 11449, 11514 und 19425 ersatzlos.**

Die GOPen 11304, 11449, 11514, 19406, 19425 und 19454 sind ab dem 1. Januar 2021 nicht mehr gültig und können nicht mehr abgerechnet werden.

### Bewertungsänderungen

Für folgende Gebührenordnungspositionen wurden die Bewertungen und der zugehörige Höchstwert im Rahmen der wirtschaftlichen

GOP/Höchstwert	Bewertung bis 31.12.2020 in Punkten/Euro	Bewertung ab 1.1.2021 in Punkten/Euro
GOP 11352	10.993 Punkte/ 1.207,81 Euro	9.764 Punkte/ 1.086,19 Euro
GOP 11355	4.340 Punkte/ 476,84 Euro	3.111 Punkte/ 346,08 Euro
GOP 11356	38.037 Punkte/ 4.179,16 Euro	24.914 Punkte/ 2.771,53 Euro
GOP 11440	25.872 Punkte/ 2.842,58 Euro	21.085 Punkte/ 2.345,58 Euro
GOP 11448	38.037 Punkte/ 4.179,16 Euro	32.288 Punkte*/ 3.591,85 Euro
GOP 11601	20.570 Punkte/ 2.260,05 Euro	19.470 Punkte/ 2.165,92 Euro
GOP 19456	19.643 Punkte/ 2.158,20 Euro	18.543 Punkte/ 2.062,80 Euro
Höchstwert für die GOPen 11444 bis 11448 im Krankheitsfall	38.037 Punkte/ 4.179,16 Euro	32.228 Punkte*/ 3.585,17 Euro

\* Der offenkundige Zahlendreher im Beschluss wird im Nachgang durch den Bewertungsausschuss korrigiert.

Leistungserbringung abgesenkt (siehe Tabelle).

Der Bewertungsausschuss prüft die Mengenentwicklung der human-genetischen Leistungen sowie die Bewertungen der genetischen Laboruntersuchungen mit dem Ziel einer erneuten Anpassung an die aktuelle Kostenentwicklung unter Berücksichtigung einer wirtschaftlichen Leistungserbringung mit Wirkung zum 1. Januar 2022.

### Pränatale Mutationssuche

Die bisherigen Regelungen zur Berechnungsfähigkeit der GOPen aus den Abschnitten 11.4.2 und 11.4.3 EBM bei vorgeburtlichen Indikationen werden weiterhin fortgeführt. Eine Anpassung der Regelungen wird bis zum 1. Januar 2022 geprüft und im Zusammenhang mit der An-

passung des EBM nach dem Inkrafttreten des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses zur nicht-invasiven Pränataldiagnostik zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 mittels eines molekulargenetischen Tests (NIPT) beraten.

■ Bitte denken Sie bei pränataler Erbringung und Abrechnung der Leistungen an die derzeit gültigen Abrechnungsvorgaben:

- Die medizinische Notwendigkeit muss einzelfallbezogen bei der Abrechnung gegenüber der zuständigen KV schriftlich nachgewiesen werden. Die medizinische Begründung ist in der Feldkennung 5009 (freies Begründungsfeld) bei jeder abgerechneten GOP einzutragen.

- Bei vorgeburtlicher Durchführung sind die Leistungen gesondert zu kennzeichnen (abhängig von der vorliegenden Gravidität gilt die Buchstaben-Kennzeichnung „V“ (Einlingsschwangerschaft), „Z“ (Zwillingsschwangerschaft), „D“ (Drillingsschwangerschaft)).

### Vergütung

Die bereits bestehende GOP 11302 „Zuschlag für Gemeinkosten und die wissenschaftliche ärztliche Beurteilung und Befundung komplexer genetischer Analysen im individuellen klinischen Kontext bei seltenen Erkrankungen“ wird außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.

### Substitution

*Beschluss aus der 538. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)*

### Substitutionsgestützte Behandlung mit einem Depotpräparat weiter berechnungsfähig

Die befristete Abrechnung der GOP 01953 (GOP 01953V für Vertreter) für die Behandlung mit einem Depotpräparat und die Betreuung im Rahmen der Nachsorge wurde um zwei weitere Quartale bis zum 30. Juni 2021 verlängert. Der Bewertungsausschuss wird bis zum 1. Juni 2021 prüfen, ob eine Anpassung der Regelung zur GOP 01953 erforderlich ist. Insbesondere wird eine Erweiterung des Wochenend-/Feiertagszuschlags nach GOP 01951 um die GOP 01953 geprüft.

Weiteres zur substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger,

wie zum Beispiel unser Merkblatt Methadonsubstitution oder Antragsformulare, finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Buchstabe „S“/Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger*.

### Corona-Warn-App: Regelungen im EBM endeten zum 31. Dezember 2020

*Beschluss aus der 535. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)*

Tests bei symptomfreien Personen mit Warnung durch die Corona-App werden ab dem 1. Januar 2021 ausschließlich nach den Bestimmungen der Testverordnung abgerechnet. Die betreffenden GOPen 02402A, 32811, 12221 und die Kostenpauschale 40101 werden zu diesem Zeitpunkt gestrichen, sodass eine Abrechnung der Untersuchungen im Zusammenhang mit der Warn-App nach dem EBM dann nicht mehr möglich ist.

Bitte entnehmen Sie die Details zur Abrechnung nach der Testverordnung unserem Rundschreiben vom 5. November 2020 unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) auf der Themenseite „Corona“ im Bereich *Service/Mitglieder-Informationen/Serviceschreiben/2020*.

### EBM-Detailänderungen

*Beschluss aus der 544. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)*

Der Bewertungsausschuss hat rückwirkend zum 1. Oktober 2020 und mit Wirkung zum 1. Januar 2021 redaktionelle Änderungen vorgenommen, die im Zusammenhang mit der Neuaufnahme von GOPen erforderlich waren.

### Zum 1. Januar 2021: Leistungslegende GOP 25229 angepasst

Im Rahmen der Neufassung des Kapitels 25 mit Wirkung zum 1. Januar 2021 (siehe KVB INFOS 12/2020, Seite 162 ff.) wurde die Legende der Konsiliarpauschale 25211 um „bei raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems“ textlich erweitert. Die Legendierung des Zuschlags nach GOP 25229 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung wurde nun analog der GOP 25211 geändert.

### Redaktionelle Änderungen rückwirkend zum 1. Oktober 2020:

- Im Zusammenhang mit der Aufnahme der Systemischen Therapie in den EBM war eine Anpassung der Leistungslegenden der GOPen 01450, 35130, 35131 und 35140 erforderlich.
- GOP 02403 (Zuschlag zur GOP 02402) wird aus der jeweils ersten Anmerkung der Zuschläge zu den Grundpauschalen der Schwerpunktinternisten für die fachärztliche Grundversorgung gestrichen, da die GOP 02403 im Behandlungsfall nicht neben einer Grundpauschale berechnet werden kann.
- In Nummer 8 der Präambel 19.1 des EBM wird klargestellt, dass für die in der Konsiliarpauschale 19210 enthaltenen Leistungen entsprechend den GOPen 01600 (Arztbericht) und 01601 (Arztbrief) für die Versendung beziehungsweise den Transport die Kostenpauschalen 40110 und 40111 berechnungsfähig sind.
- Für die Kostenpauschalen 40110 (Porto) und 40111 (Fax) wird ein klarstellender Berechnungsaus-



## Biomarkerbasierte Tests beim primären Mammakarzinom

schluss aufgenommen, der für die Versandkosten von Untersuchungsergebnissen (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik) in den Fällen gilt, in denen bereits die Kostenpauschale 40100 abgerechnet wurde.

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)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 15. Oktober 2020 beschlossen, drei weitere biomarkerbasierte Tests (Endopredict®, MammaPrint® und Prosigna®) zur Ermittlung des Rezidivrisikos beim primären Mammakarzinom in die vertragsärztliche Versorgung aufzunehmen. Somit stehen zukünftig neben dem im Jahr 2019 in die Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung aufgenommenen „Oncotype DX Breast Recurrence Score®“ insgesamt vier biomarkerbasierte Tests für die Entscheidung für oder gegen eine adjuvante systemische Chemotherapie zur Verfügung. Der Beschluss trat am 19. Januar 2021 in Kraft.

Mit der Aufnahme der weiteren Tests in die vertragsärztliche Versorgung ändern sich die bereits bei Aufnahme des ersten Tests beschlossenen Regelungen im Grundsatz nicht.

### Voraussetzungen zur Durchführung eines biomarkerbasierten Tests

- Der Biomarker-Test kann bei Patientinnen mit einem primären Hormonrezeptorpositiven, HER2/neu-negativen, nodal-negativen und nicht metastasierten Mammakarzinom eingesetzt werden.
- Der Test darf nur angewendet werden, wenn die Empfehlung für oder gegen eine adjuvante systemische Chemotherapie beim primären Mammakarzinom aufgrund klinischer und pathologischer Kriterien allein nicht eindeutig getroffen werden kann.
- Die Patientinnen müssen in einem ärztlichen Gespräch unter Einbeziehung des vom G-BA veröffentlichten Merkblatts „Biomarker-

basierte Tests beim frühen Brustkrebs“ über den Test aufgeklärt worden sein.

### Die Aufklärung darf nur durch bestimmte Fachgruppen erfolgen

Die Aufklärung zum Test darf nur von den folgenden Fachgruppen durchgeführt werden:

- Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Schwerpunkt gynäkologische Onkologie,
- Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie,
- Fachärzte für Innere Medizin mit und ohne Schwerpunkt oder Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, jeweils mit dem Nachweis der Zusatzweiterbildung „Medikamentöse Tumortherapie“,
- andere Fachgruppen bei Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung.

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

Die drei weiteren Biomarker-Tests können als ambulante Leistung zu Lasten 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 selbstverständlich informieren.

Sie finden den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses,

## Brachytherapie bei Prostatakrebs mit niedrigem Risikoprofil wird GKV-Leistung

die Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (MVV-RL) so wie das Patientinnenmerkblatt auf der Internetseite des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de).

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)

Zukünftig darf die interstitielle Low-Dose-Rate (LDR)-Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil ambulant durch niedergelassene Ärzte zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht und abgerechnet werden. Bislang konnten Patienten diese Behandlung nur in Krankenhäusern durchführen lassen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 17. September 2020 eine entsprechende Änderung der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ beschlossen. Der Beschluss ist am 8. Januar 2021 in Kraft getreten.

Die interstitielle LDR-Brachytherapie ist eine Bestrahlung, bei der umschlossene radioaktive Stoffe (Seeds) transperineal in die Prostata permanent implantiert werden. Voraussetzung für die Durchführung der interstitiellen LDR-Brachytherapie ist das Vorliegen eines lokal begrenzten, stanzbioptisch oder histologisch gesicherten Adenokarzinoms der Prostata mit niedrigem Risikoprofil, definiert als: PSA  $\leq$  10 ng/ml, Gleason 6, WHO-Grad 1 und cT-Kategorie 1c oder 2a.

### Patienteninformation

Ob die LDR-Brachytherapie zu den verfügbaren Therapieoptionen, wie zum Beispiel der radikalen Prostatektomie, externen Strahlentherapie oder aktiven Überwachung eine geeignete Behandlungsalternative darstellt, hängt besonders von der individuellen Lebenssituation des Patienten ab. Zur Unterstützung einer sogenannten „informierten Entscheidung“ stellt der G-BA eine Patienteninformation bereit, die dem Patienten verpflichtend im

Zuge des ärztlichen Aufklärungsgesprächs auszuhändigen ist, sofern er diese nicht bereits (zum Beispiel im Rahmen der Diagnosestellung) erhalten hat. Zu den Bezugsmöglichkeiten dieser Patienteninformation werden wir Sie gesondert informieren.

### Qualifikation

Zur Anwendung der interstitiellen LDR-Brachytherapie sind Fachärzte für Strahlentherapie und Fachärzte für Urologie berechtigt, die zusätzlich über einen Nachweis der erforderlichen Fachkunde gemäß Richtlinie „Strahlenschutz in der Medizin“ verfügen. Der G-BA hat zudem festgelegt, dass für die LDR-Brachytherapie künftig eine **Genehmigung** erforderlich ist. Wir werden die betroffenen Fachgruppen zum Genehmigungsverfahren und zur Antragstellung noch separat informieren.

Die Voraussetzungen der Qualitätssicherung (wie zum Beispiel fachliche Anforderungen, Genehmigungspflicht, Aufklärungs- und Beratungspflichten, Patienteninformation) hat der G-BA in der Qualitätssicherungs-Richtlinie zur interstitiellen LDR-Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil detailliert festgelegt.

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

Die LDR-Brachytherapie kann erst dann als Leistung der GKV erbracht und abgerechnet 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.



## Zweitmeinungsverfahren – Kennzeichnung notwendig

Sobald die Aufnahme der neuen Behandlung in den EBM beschlossen wurde, werden wir Sie informieren. Sie finden den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die Richtlinien auf der Internetseite des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de).

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)

Der Anspruch von gesetzlich versicherten Patienten, vor bestimmten planbaren Eingriffen eine qualifizierte ärztliche Zweitmeinung einzuholen, soll nach dem Willen des Gesetzgebers immer weiter ausgebaut werden. Zu den bereits bestehenden Indikationen Gebärmutterentfernungen, Mandeloperationen und Schulterarthroskopien gibt es seit dem 12. Januar 2021 das Zweitmeinungsverfahren bei Knieendoprothese-Implantationen.

### Indikationsstellender Arzt (Erstmeiner)

Der indikationsstellende Arzt (Erstmeiner) ist verpflichtet, seine Patienten vor einem entsprechenden Eingriff über die Möglichkeit einer Zweitmeinung aufzuklären und nötige Unterlagen für den Zweitmeiner bereitzustellen. Hierfür kann die Gebührenordnungsposition 01645 unter Vornahme einer eingriffsspezifischen Zusatzkennzeichnung berechnet werden.

**Bitte achten Sie bei Abrechnung der GOP 01645 auf die korrekte eingriffsspezifische Kennzeichnung,** damit Ihnen keine finanziellen Nachteile entstehen. Ohne zutreffende Buchstaben-Kennzeichnung abgerechnete GOPen 01645 können wir nicht vergüten.

- 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 **Schulterarthroskopie** die **GOP 01645C** ab.
- Chirurgen, Orthopäden und Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin rechnen für die Aufklärung und Beratung bei geplanter **Implantation einer (totalen oder partiellen) Knieendoprothese** die **GOP 01645E** ab (neu ab 12. Januar 2021, siehe auch Seite 28).

### Zweitmeiner beziehungsweise beauftragter Arzt

Die Leistungen des Zweitmeinungsverfahrens werden extrabudgetär vergütet, wenn diese vom Zweitmeiner in der Abrechnung gesondert gekennzeichnet wurden. Bitte achten Sie daher auf die richtige Kennzeichnung der Leistungen:

Kennzeichnungs- Nummer	Indikation
88200A	Zweitmeinungsverfahren bei bevorstehender Mandel-OP
88200B	Zeitmeinungsverfahren bei bevorstehender Gebärmutterentfernung
88200C	Zweitmeinungsverfahren bei bevorstehender Schulterarthroskopie
88200E	Zweitmeinungsverfahren bei geplanter Implantation einer (totalen oder partiellen) Knieendoprothese

- **Kennzeichnen** Sie bitte den Abrechnungsschein, auf dem Sie die Leistungen des Zweitmeinungsverfahrens berechnen, in Feldkennung 5001 (GNR) durch den Ansatz der eingriffsspezifischen Kennnummer (siehe Tabelle auf Seite 21).
- Bei Abrechnung gegebenenfalls **ergänzender Untersuchungen** durch den Zweitmeiner ist die Notwendigkeit jeder Untersuchung in der **Feldkennung 5009** (freier Begründungstext) **zur abgerechneten Gebührenordnungsposition** medizinisch zu begründen.

### Hinweis bei Veranlassung von Laborleistungen

Werden vom Zweitmeiner ergänzende Untersuchungen veranlasst, vermerken Sie bitte auf dem jeweiligen Laborauftragsschein (Muster 10) oder Überweisungsschein (Muster 6) für den Empfänger, dass es sich um Untersuchungsleistungen im Zusammenhang mit einem Zweitmeinungsverfahren handelt und geben Sie zusätzlich die eingriffsspezifische Kennnummer (siehe oben) an. Der ausführende Kollege kann so die Kennnummer in seine Abrechnung (Feldkennung 5001 = GNR) übernehmen, damit auch ihm die veranlassten Untersuchungsleistungen extrabudgetär vergütet werden.

- Sollten Sie als **Vertragsarzt** bei dem Versicherten in demselben Quartal noch **andere Untersuchungsleistungen erbringen**, die nicht mit Ihrer ärztlichen **Zweitmeinung in Zusammenhang stehen**, rechnen Sie diese bitte auf einem **separaten Ab-**

**rechnungsschein (ohne Angabe der Kennzeichnungsnummer)** über uns ab.

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)

## Bewertung für Moulagen- oder Flabtherapie

Der Bewertungsausschuss hat rückwirkend zum 1. Januar 2021 die Bewertung der GOP 25330 für die Moulagen- oder Flabtherapie von 1.347 Punkten auf 1.374 Punkte korrigiert.

Den Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 548. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) finden Sie auf der Internetseite des Bewertungsausschusses unter [www.institut-des-bewertungsausschusses.de](http://www.institut-des-bewertungsausschusses.de) in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse. Er steht unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

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)

## Ultraschall-Screening auf Bauchaortenaneurysmen

Neben dem Ultraschall-Screening auf Bauchaortenaneurysmen nach GOP 01748 EBM kann bei Bedarf beim selben Arzt-Patienten-Kontakt (Sitzung) eine kurative abdominale Sonographie nach GOP 33042 oder eine kurative Uro-Genital-Sonographie nach GOP 33043 durchgeführt und abgerechnet werden. Aufgrund sich überschneidender Leistungsinhalte ist nach den Bestimmungen des EBM in diesen Fällen ein Abschlag in Höhe von 70 Punkten auf die GOP 33042 beziehungsweise sieben Punkten auf die GOP 33043 vorzunehmen.

Dieser **Abschlag** wird im Rahmen der Abrechnungsbearbeitung **automatisiert durch die KVB vorgenommen**. Eine **gesonderte Kennzeichnung** der GOPen 33042 oder 33043 mit einem Buchstaben **durch die abrechnende Praxis selbst ist damit nicht erforderlich**.

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)

## Vakuumversiegelungs- therapie – GOP 40903

Die Kostenpauschale GOP 40903 für die Vakuumpumpe im Zusammenhang mit der Vakuumversiegelungstherapie zum intendierten sekundären Wundverschluss kann vom Arzt für den Zeitraum der Benutzung der Vakuumpumpe durch den Patienten **einmal je Kalendertag** berechnet werden.

### Beispiel

*Wenn die Praxis dem Patienten die Vakuumpumpe für 14 Tage zur Verfügung gestellt hat, kann die GOP 40903 an diesen 14 Tagen täglich einmal angesetzt werden, auch wenn der Patient nicht persönlich in der Praxis war.*

Da die Abrechnungshäufigkeit der Leistung auf einmal je Kalendertag begrenzt ist, verwenden Sie bitte bei Abrechnung der GOP 40903 **keinen Multiplikator** zur Angabe der Anwendungsdauer, sondern setzen Sie die GOP 40903 an jedem Tag einmal an, an dem der Patient die Vakuumpumpe nutzt.

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)

## Operative Eingriffe an Kopf und Händen

Die Allgemeinen Bestimmungen 4.3.7 Nummer 1 EBM machen folgende Vorgabe zu Operativen Eingriffen:

„Die Verwendung der Begriffe klein/groß, kleinflächig/großflächig, lokal/radikal und ausgedehnt bei operativen Eingriffen entspricht den Definitionen nach dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen Schlüssel für Operationen und sonstige Prozeduren gemäß § 295 Abs. 1 Satz 4 SGB V: Länge: kleiner/größer 3 cm, Fläche: kleiner/größer 4 cm<sup>2</sup>, lokal: bis 4 cm<sup>2</sup> oder bis zu 1 cm<sup>3</sup>, radikal und ausgedehnt: größer 4 cm<sup>2</sup> oder größer 1 cm<sup>3</sup>. Nicht anzuwenden ist der Begriff ‚klein‘ bei Eingriffen am Kopf und an den Händen.“

Hinsichtlich der Ausnahmeregelung in den Allgemeinen Bestimmungen 4.3.7 Nummer 1, Satz 2 wurde kürzlich durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung klargestellt, dass es sich um eine generelle Ausnahmeregelung für alle Eingriffe an Kopf und Händen handelt, die unter Berücksichtigung der Vergütungssystematik des EBM für operative Eingriffe und der erhöhten Komplexität von Exzisionen im Bereich der Hände und des Kopfes im Vergleich zu anderen Körperregionen getroffen wurde.

Damit kann bei Eingriffen an Kopf und Händen die korrespondierende Leistung aus Abschnitt 31.2 auch dann abgerechnet werden, wenn die Größenvoraussetzungen für einen großen, großflächigen, radikalen und ausgedehnten Eingriff nicht erfüllt sind.

## Unvorhergesehene Inanspruchnahme

Alle weiteren Voraussetzungen für die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Eingriffs aus Abschnitt 31.2 sind aber nicht Gegenstand der Ausnahmeregelung und müssen auch bei Eingriffen an Kopf und Händen erfüllt sein (zum Beispiel Genehmigung zum Ambulanten Operieren gemäß Paragraf 115b SGB V, bei dermatochirurgischen Eingriffen die histographische Kontrolle). Ist dies nicht der Fall, können die entsprechenden Leistungen der Kleinchirurgie berechnet werden

Bei Fragen erreichen Sie unsere  
Expertin Katharina Morshevsky unter  
Telefon 09 41 /3963 – 3 20  
Fax 09 41 / 39 63 – 6 83 20  
E-Mail Katharina.Morshevsky@kvb.de

Die Leistungslegenden der Gebührenordnungspositionen 01100 und 01101 EBM setzen **keine bestimmte Dokumentation** voraus. Dem Wortlaut nach muss die Inanspruchnahme durch einen Patienten zu einer in der Gebührenordnungsposition definierten Uhrzeit und unvorhergesehen erfolgen. Bestehen jedoch begründete Zweifel an der Richtigkeit der Abrechnung, so liegt es am Vertragsarzt, diese anhand einer geeigneten Dokumentation auszuräumen. Die Dokumentation soll dabei insbesondere Schlüsse auf das Kriterium „unvorhergesehen“ zulassen. Das Bundessozialgericht (vergleiche BSG-Urteil vom 15. Juli 2020 – B 6 KA 13/19 R) erachtet hierfür folgende Angaben für erforderlich:

- Person und Art der Inanspruchnahme (persönlich oder telefonisch)
- Uhrzeit der Inanspruchnahme
- Grund der Inanspruchnahme
- daraufhin ergriffene Maßnahmen

Es bedarf zumindest stichpunktartiger Angaben zu den genannten Punkten, um auf eine ordnungsgemäße Leistungserbringung schließen und entsprechende Zweifel ausräumen zu können. Fehlen diese Angaben und somit Nachweise für die Richtigkeit der Abrechnung, kann dies zu einer Honorarrückforderung führen

### Ansprechpartner

Anja Kirsch  
Telefon 09 41 / 39 63 – 3 45  
Fax 09 41/ 39 63 – 6 83 45  
E-Mail Anja.Kirsch@kvb.de

Steve Hoffmann  
Telefon 09 11/9 46 67 – 2 46  
Fax 09 11/9 46 67 – 6 62 46  
E-Mail Steve.Hoffmann@kvb.de

## ASV – neue Indikationen

Am 17. Dezember 2020 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Anlage 1.1a onkologische Erkrankungen, Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren sowie die Anlage 2d neuromuskuläre Erkrankungen beschlossen. Die Beschlüsse werden am Tag nach ihrer Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft treten. Interessierte Teams können ab Inkrafttreten der Beschlüsse ihre Teilnahme an der ASV beim erweiterten Landesausschuss (eLA) anzeigen.

Welche Fachrichtungen zur Teamgründung nötig sind und welche Patientengruppen die Anlagen umfassen, finden Sie auf der Internetseite des G-BA.

Kopf- oder Hals-Tumoren: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4656/>

Neuromuskuläre Erkrankungen: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4650/>

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

## Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

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

### Anlage V, verordnungsfähige Medizinprodukte

- Ampuwa® Spüllösung – Befristung der Verordnungsfähigkeit bis 26. Mai 2024
- NaCl 0,9 % Fresenius Kabi – Befristung der Verordnungsfähigkeit bis 26. Mai 2024
- PädiaSalin® 6 % – Klarstellung des medizinisch notwendigen Falls (Neu: „Zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose für Patienten ab dem vollendeten sechsten Lebensjahr.“)
- polisol® – Befristung der Verordnungsfähigkeit bis 26. Mai 2024
- polyvisc® 2,0 % – Befristung der Verordnungsfähigkeit bis 4. April 2024
- Ringer Fresenius Spüllösung – Befristung der Verordnungsfähigkeit bis 26. Mai 2024
- Sentol® – Befristung der Verordnungsfähigkeit bis 26. Mai 2024

### Anlage Va, Verbandmittel und Wundbehandlung

Der neue Abschnitt P und die Anlage Va der Arzneimittel-Richtlinie regeln die Abgrenzung zwischen Verbandmitteln und sonstigen Produkten zur Wundbehandlung.

- In Teil 1 der Anlage Va sind die eindeutigen Verbandmittel aufgeführt.
- Teil 2 der Anlage Va enthält Regelbeispiele für Produktgruppen von Verbandmittel mit ergänzenden Eigenschaften.

- Teil 3 der Anlage Va enthält eine beispielhafte Zusammenstellung von Produktgruppen, deren zugehörige Produkte als sonstige Produkte zur Wundbehandlung anzusehen sind.

### Anlage VI, Off-Label-Use

- Clostridium botulinum Toxin Typ A bei aufgabenspezifischer fokaler Dystonie
- Doxycyclin zur Behandlung des Bullösen Pemphigoids

### Anlage XII, Nutzenbewertung

Im vierten Quartal 2020 sind Beschlüsse zu folgenden Wirkstoffen in Kraft getreten:

- Apalutamid – Neubewertung nach Fristablauf: nicht-metastasiertes, kastrationsresistentes Prostatakarzinom
- Apremilast – Anwendungsgebiet: Behçet-Syndrom
- Avelumab – Neubewertung nach Aufhebung des Orphan-Drug-Status: metastasiertes Merkelzellkarzinom
- Betibeglogene autotemcel – Anwendungsgebiet: – Thalassämie – Therapiekosten
- Brentuximab Vedotin – Anwendungsgebiet: systemisches anaplastisches großzelliges Lymphom – sALCL
- Brigatinib – Anwendungsgebiet: NSCLC, ALK+, ALK-Inhibitor-naive Patienten
- Cabozantinib – Änderung der Befristung der Geltungsdauer (neu: 1. Juli 2021)
- Cobicistat – Anwendungsgebiet: HIV-Infektion, Kombination mit Atazanavir oder Darunavir, 12 bis < 18 Jahre
- Darolutamid – Anwendungsgebiet: nicht-metastasiertes,

kastrations-resistentes Prostatakarzinom

- Enzalutamid – Neubewertung nach Fristablauf: nicht-metastasiertes, kastrationsresistentes Prostatakarzinom
- Encorafenib – Anwendungsgebiet: metastasiertes Kolorektalkarzinom mit BRAF-V600E-Mutation nach systemischer Vortherapie; in Kombination mit Cetuximab
- Fostamatinib – Anwendungsgebiet: Chronische Immuntrombozytopenie
- Givosiran – Anwendungsgebiet: Akute hepatische Porphyrie, ≥ 12 Jahre
- Insulin glargin/Lixisenatid – Anwendungsgebiet: Diabetes Mellitus Typ 2, Kombination mit Metformin und mit SGLT-2-Inhibitoren
- Ivacaftor – Anwendungsgebiet: Zystische Fibrose, Patienten ≥ 6 Monate – < 18 Jahre (R117H)
- Ixazomib – Änderung der Befristung der Geltungsdauer (Neu: 1. Nov. 2021)
- Mogamulizumab – Anwendungsgebiet: Mycosis fungoides, Sézary-Syndrom
- Naldemedin – Anwendungsgebiet: Behandlung von Opioid-induzierter Obstipation bei Erwachsenen, die früher bereits mit einem Abführmittel behandelt wurden
- Onasemnogen Apeparovvec – Aussetzung der Beschlussfassung zur Nutzenbewertung
- Palbociclib – Anwendungsgebiet: Mammakarzinom – Änderung der Befristung der Geltungsdauer (Neu: 1. Juli 2022)
- Ponatinib – Neubewertung nach Fristablauf: Akute lymphatische Leukämie

- Ponatinib – Neubewertung nach Fristablauf: Chronische myeloische Leukämie
- Solriamfetol – Anwendungsgebiet: Narkolepsie mit und ohne Kataplexie
- Talazoparib – Anwendungsgebiet: Mammakarzinom, BRCA1/2-Mutation, HER2-
- Tezacaftor/Ivacaftor - Neubewertung eines Orphan Drugs nach Überschreitung der 50 Millionen-Euro-Grenze: Zystische Fibrose, Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor bei Patienten ab zwölf Jahren (homozygot bezüglich F508del)
- Tezacaftor/Ivacaftor – Neubewertung eines Orphan Drugs nach Überschreitung der 50 Millionen-Euro-Grenze: Zystische Fibrose, Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor bei Patienten ab zwölf Jahren (heterozygot bezüglich F508del)
- Trifluridin/Tipiracil – Neubewertung nach Fristablauf: metastasiertes kolorektales Karzinom
- Venetoclax – Anwendungsgebiet: chronische lymphatische Leukämie, Erstlinie, in Kombination mit Obinutuzumab

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)

## Ergänzungen der Schutzimpfungs-Richtlinie

Zu den Änderungen

- zur Pertussis-Impfung in der Schwangerschaft,
- zur Impfung gegen Japanische Enzephalitis bei Reisen und für Laborpersonal,
- zur Grundimmunisierung gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b und Hepatitis B nach dem reduzierten 2+1-Impfschema sowie
- zur beruflich indizierten Impfung gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen

wurden Sie von uns bereits informiert (siehe dazu auch unser ausführliches „Verordnung Aktuell“ unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Impfungen*).

Die Änderungen im Impfkalendar zu den Impfzeitpunkten – Ersetzung der bisherigen Impfindervalle durch feste Impfzeitpunkte – haben wir in unsere bestehenden Ausgaben von „Verordnung Aktuell“ übernommen und diese aktualisiert veröffentlicht.

Mit der Ergänzung „Dies gilt nicht, wenn sich die Impfschemata von Standard- und Indikationsimpfung hinsichtlich der Impfstoffe und/oder der Anzahl der Impfstoffdosen unterscheiden“ in der Fußnote in Anlage 2 (Dokumentationsschlüssel für Impfungen) der Schutzimpfungs-Richtlinie wird klargestellt, dass in den Fällen, in denen sich die Impfschemata von Standard- und Indikationsimpfung unterscheiden, die Dokumentationsziffer(n) der Standardimpfung keinen Vorrang hat/haben und demzufolge die jeweilige Impfung entsprechend ihres Anlasses in dem vorgesehenen Impfschema zu dokumentieren ist.

## Ruhen der Zulassung von Ranitidin

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte hat mit Bescheid vom 7. Januar 2021 das vorläufige Ruhen der Zulassung aller Ranitidinhaltiger Fertigarzneimittel angeordnet und setzt damit den Beschluss der Europäischen Kommission von Ende November letzten Jahres national um. Die Europäische Arzneimittelbehörde EMA (European Medicines Agency) hatte zuvor wiederholt geprüft und entschieden, dass alle freiverkäuflichen und verschreibungspflichtigen Arzneimittel mit dem Wirkstoff Ranitidin (H<sub>2</sub>-Antihistaminikum zur Senkung der Magensäureproduktion) aus dem Markt zurückgeholt und nicht weiter vertrieben werden sollen.

Hintergrund ist, dass in fast allen Produktionslinien von Fertigarzneimitteln mit dem Wirkstoff Ranitidin die Verunreinigung N-Nitrosodimethylamin (NDMA) über dem zulässigen Grenzwert gefunden wurde. N-Nitrosodimethylamin wird als wahrscheinlich krebserregend eingestuft. Da die Herkunft der Verunreinigung nicht eindeutig geklärt werden konnte und demgemäß auch keine Abhilfemaßnahmen ergriffen werden können, wurde nun vorsorglich diese Entscheidung getroffen. Es gibt Hinweise darauf, dass NDMA beim Abbau von Ranitidin bei sach- oder unsachgemäßer Lagerung entsteht oder auch bei dessen Metabolisierung im Körper. Es gibt aber keine klinischen oder epidemiologischen Hinweise dahingehend, dass der Wirkstoff Ranitidin selbst krebserregend wirkt.

Bei den beiden anderen H<sub>2</sub>-Blockern Cimetidin und Famotidin wurde diese Verunreinigung nicht gefunden. Beide Alternativsubstanzen stehen



## Digitale Gesundheitsanwendungen verordnen

weiterhin zur Behandlung zur Verfügung. Bei leichteren Magensäurebedingten Beschwerden bieten sich apothekenpflichtige Antazida wie Magnesiumhydroxid-Aluminiumoxid Verbindungen oder niedrig dosierte Protonenpumpeninhibitoren an. Für die Behandlung von Patienten mit Ulkusanamnese oder Refluxösophagitis sowie denjenigen mit weiteren Indikationen, für die nur eine verschreibungspflichtige Dosierung infrage kommt, stehen entsprechend dosierte Protonenpumpenhemmer zur Verfügung. Beachten Sie bei deren Verordnung dennoch die eindeutige Indikationsstellung und korrekte Dosierung und Einnahmedauer laut Fachinformation.

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)

In den letzten Wochen wurden die ersten Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) in das Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgenommen. Damit können erstmals Gesundheits-Apps flächendeckend und nach einheitlichen Kriterien zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden, womit ein zentrales Vorhaben des Gesetzgebers aus dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) umgesetzt wird. Vertragsärzte verwenden das Muster 16 („Kassenrezept“), Psychotherapeuten das neue Muster 16P („DiGA-Verordnung“).

Details hierzu lesen Sie in unserem Verordnung Aktuell „Digitale Gesundheitsanwendungen verordnen“ – einmal für Vertragsärzte und einmal für Psychotherapeuten.

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)

## Verordnungen durch Psychotherapeuten

Psychologische Psychotherapeuten können alle Gesundheitsanwendungen verordnen, die im DiGA-Verzeichnis des BfArM gelistet sind (Apps die mit dem Smartphone oder Tablett genutzt werden, aber auch webbasierte Anwendungen, die über einen Internetbrowser aufgerufen werden können, zum Beispiel Apps bei Panikstörungen und soziale Phobien), wenn sie diese zur Behandlung ihrer Patienten für zweckmäßig und medizinisch sinnvoll erachten. Die Verordnung erfolgt über das Kassenrezept (Muster 16P), da Psychologische Psychotherapeuten – anders als ihre ärztlichen Kollegen – kein Kassenrezept beziehen und nutzen können.

Psychotherapeuten können das Muster 16P beim Kohlhammer-Verlag über den Bestellschein (Seite 2) unter Kennzeichnung „16P Rezept ‚DiGA‘ für Psychotherapeuten“ in den Mengen 50/100/200 bestellen (Achtung: aus Kostengründen nur gemeinsam mit anderen Vordrucken wie PTV 1-12 möglich). Ein Einzelversand nur für dieses Rezept ist nicht möglich.

Die Krankenkassen haben sich darauf geeinigt, nicht die BSNR auf dem Rezept zu kodieren, sondern an dieser Stelle „DiGA-Verordnung“ einzudrucken.

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)

## Neues Zweitmeinungsverfahren „Implantation einer Knieendoprothese“

Die bundesweite Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) wurde um einen Eingriff erweitert: Seit dem 12. Januar 2021 haben gesetzlich Versicherte bei einer Indikationsstellung zur **Implantation einer totalen oder partiellen Knieendoprothese – Erstimplantation oder Revisionsoperation** – einen Anspruch auf Einholung einer unabhängigen, neutralen ärztlichen Zweitmeinung. Nachfolgend die wichtigsten Informationen zum Thema.

### Patientenaufklärung über den Zweitmeinungsanspruch

Der **indikationsstellende Arzt**, der den Eingriff konkret empfiehlt, **hat** den Patienten über sein Recht, eine Zweitmeinung einzuholen, **aufzuklären**. Dazu hat er dem Patienten insbesondere das **Patienteninformationsblatt** des G-BA zum Zweitmeinungsverfahren bei geplanten Eingriffen **auszuhändigen**, Kopien von Befundunterlagen mitzugeben und über geeignete Zweitmeiner zu informieren. Die Aufklärung hat in der Regel mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff zu erfolgen.

Hierfür kann der indikationsstellende Arzt einmal im Krankheitsfall die **GOP 01645 EBM** abrechnen, die mit **75 Punkten (8,24 Euro)** bewertet ist. Die im Zusammenhang mit dem Zweitmeinungsverfahren bei bevorstehender Implantation einer Knieendoprothese berechnungsfähige GOP 01645 ist mit dem **Buchstaben „E“ (GOP 01645E)** in der Abrechnung zu kennzeichnen (siehe unten).

Das für die Patientenaufklärung notwendige Informationsblatt kann

auf der Internetseite des G-BA abgerufen werden unter [https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4765/2019-10-28\\_G-BA\\_Patientenmerkblatt\\_Zweitmeinungsverfahren\\_bf.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4765/2019-10-28_G-BA_Patientenmerkblatt_Zweitmeinungsverfahren_bf.pdf). Es kann auch über den Kohlhammer-Verlag bezogen werden.

### Genehmigungsvorbehalt für Zweitmeiner

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

- Facharztbezeichnung Orthopädie und Unfallchirurgie, Orthopädie, Chirurgie mit Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie oder Physikalische und Rehabilitative Medizin,
- mindestens fünfjährige ganztägige Tätigkeit im entsprechenden Fachgebiet/Schwerpunkt,
- aktueller Nachweis zur Erfüllung der gesetzlichen Fortbildungspflicht,
- erteilte Weiterbildungsbefugnis der Landesärztekammer oder akademische Lehrbefugnis an einer Hochschule.

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

### Durchführung der Zweitmeinung

Der **Zweitmeiner** soll den Patienten in Bezug auf den empfohlenen Eingriff und mögliche Therapie- oder

Handlungsalternativen so informieren und beraten, dass eine **informierte Entscheidung** in Bezug auf die **Notwendigkeit der Durchführung des empfohlenen Eingriffs** ermöglicht wird. Die Zweitmeinung soll im Rahmen eines persönlichen Gesprächs mit dem Patienten abgegeben werden. Vorbefunde, die der Patient zur Verfügung stellt, sind in die Beratung einzubeziehen.

Die Zweitmeinung gilt als abgegeben, wenn die Indikation bestätigt oder nicht bestätigt wurde. Auf Wunsch des Patienten wird das Ergebnis der Zweitmeinung dem indikationsstellenden Arzt mitgeteilt und/oder das Ergebnis in einem Bericht zusammenfassend dargestellt und dem Patienten ausgehändigt. Die Zweitmeinung kann nicht bei einem Arzt oder einer Einrichtung eingeholt werden, durch den oder durch die der Eingriff durchgeführt werden soll (Gebot der Unabhängigkeit).

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

### Notwendige Kennzeichnungen im Zweitmeinungsverfahren

Die im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen sind eingriffsspezifisch bundeseinheit-

lich zu kennzeichnen. Bitte achten Sie auf die korrekte Kennzeichnung, damit Ihnen keine finanziellen Nachteile entstehen.

■ **Kennzeichnung durch den indikationsstellenden Arzt (Erstmeiner)**

Die im Zusammenhang mit dem Zweitmeinungsverfahren bei bevorstehender Implantation einer Knieendoprothese berechnungsfähige GOP 01645 ist mit dem **Buchstaben „E“ (GOP 01645E)** in der Abrechnung zu kennzeichnen.

■ **Kennzeichnung durch den Zweitmeiner**

Der Abrechnungsschein, auf dem die Leistungen des Zweitmeinungsverfahrens bei bevorstehender Implantation einer Knieendoprothese berechnet werden (jeweilige arztgruppenspezifische Grundpauschale und gegebenenfalls ergänzende Untersuchungen), ist mit der **Kennzeichnungs-Nummer 88200E** (Feldkennung 5001 –GNR) zu kennzeichnen.

Bei Abrechnung **gegebenenfalls ergänzender Untersuchungen** im Rahmen der Zweitmeinung ist die Notwendigkeit jeder Untersuchung in der **Feldkennung 5009 (freier Begründungstext)** zur abgerechneten Gebührenordnungsposition medizinisch **zu begründen**.

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

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

**Veröffentlichung der Zweitmeiner**

Informationen zu geeigneten Zweitmeinern werden nach erteilter Genehmigung unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Arztsuche unter „Expertensuche/weitere Optionen“/„Genehmigungen/Zusatzverträge“/„Zweitmeinung Knieendoprothese“ veröffentlicht. Dazu muss die gesuchte Fachgruppe (Orthopädie/Chirurgie/Physikalische und Rehabilitative Medizin) sowie der Standort eingegeben werden. Es wird dann eine Liste derjenigen Ärzte angezeigt, die Inhaber der entsprechenden Genehmigung sind. Die Ergebnisse können nach der Entfernung vom Standort sortiert werden.

**Fundstellen**

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

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

**DMP-Teilnahme-/  
Einwilligungserklärung 070E**

Ab dem 1. April 2021 gibt es eine neue indikationsübergreifende Teilnahme-/Einwilligungserklärung (TE/EWE) für Patienten der Disease Management Programme (DMP), sowohl als Formulardruck als auch als Ausdruck über die Praxisverwaltungssysteme (PVS). Alle bis zum 31. März 2021 geltenden Formulare werden durch dieses neue Formular 070E abgelöst. Bitte verwenden Sie ab dem 1. April 2021 nur noch das neue Formular 070E.

Darin sind die bereits bestehenden DMP Asthma/COPD, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, KHK, Brustkrebs und mögliche weitere DMP wie Chronische Herzinsuffizienz, Chronischer Rückenschmerz, Depression und Osteoporose enthalten, sodass nur noch ein Formular zur Einschreibung von Patienten in ein DMP notwendig ist.

**Hinweis:** Die Indikationen chronische Herzinsuffizienz, chronischer Rückenschmerz, Depression und Osteoporose gibt es in Deutschland noch nicht als DMP. Ob und wann diese DMP in Bayern eingeführt werden, lässt sich derzeit nicht abschätzen. Für diese Diagnosen kann deshalb keine Einschreibung erfolgen, der Arzt erhält hier keine Vergütung.

Bitte entsorgen Sie die alten Formulare, die Sie bis zum 31. März 2021 nicht aufbrauchen konnten. Das neue Formular verwenden Sie bitte, wenn sowohl das Arzt- als auch das Patienten-Unterschriftsdatum ab beziehungsweise nach dem 1. April 2021 liegen.

Die ab dem 1. April 2021 gültige TE/EWE wird als Erstausrüstung vom Kohlhammer-Verlag an all die-

## Hinzuziehung eines Medizinphysik-Experten zur Mitarbeit

jenigen Praxen versandt, die das letztgültige Formular dort bestellt haben. Nach Auskunft des Verlags erfolgt die Versendung in der zwölften Kalenderwoche 2021. Weitere TE/EWE können Sie nach dem 1. April 2021 mit einem Bestellformular beim Kohlhammer-Verlag beziehen unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Alternative Versorgungsformen/DMP* unter dem Punkt „Bestellformulare“.

Seit dem 1. Januar 2019 kann gemäß Paragraf 14 Absatz 2b Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) die Genehmigung für eine Tätigkeit im Zusammenhang mit der Anwendung ionisierender Strahlung oder radioaktiver Stoffe am Menschen für Computertomographen oder Interventionsanlagen nur erteilt werden, wenn ein Nachweis über das Hinzuziehen eines Medizinphysik-Experten (MPE) vorgelegt wird. Von dieser Regel sind ebenfalls Standorte mit Betreiberwechsel betroffen, die einer erneuten Abnahme durch einen Sachverständigen bedürfen.

Aufnahmeplätze oder diagnostische Durchleuchtungsanlagen sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Für Alt-Anlagen, die vor dem 31. Dezember 2018 in Betrieb genommen wurden, gilt gemäß Paragraf 198 Absatz 1, Nummer 2 sowie Paragraf 200 Absatz 1 StrlSchG eine Übergangfrist bis zum 31. Dezember 2022. Danach sind auch diese verpflichtet, einen fachkundigen MPE hinzuzuziehen und der zuständigen Behörde anzuzeigen.

Grundsätzlich bedeutet das **Hinzuziehen eines MPE zur Mitarbeit** nicht, dass er bei allen Maßnahmen vor Ort anwesend sein muss, allerdings liegt die Optimierung und Überwachung der Anlagen in seiner Verantwortung.

Der MPE muss über die Fachkunde für Medizinphysik-Experten nach der Richtlinie „Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz bei dem Betrieb von Röntgeneinrichtungen in der Medizin oder Zahnmedizin“ vom 22. Dezember 2005 verfügen.

Das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit (BMU) schätzt den Zeitaufwand für den MPE wie folgt ein:

- Pro CT-Scanner: 0,06 Vollzeitkräfte/Jahr (= rund 100 Stunden)
- Pro Angio-Anlage: 0,08 Vollzeitkräfte/Jahr (= rund 140 Stunden)

Es ist damit zu rechnen, dass es hier zu personellen Engpässen kommen wird. Daher ist unsere dringende Empfehlung an Sie, sich frühzeitig um eine Zusammenarbeit mit einem MPE zu bemühen.

Die Arbeitsgemeinschaft für Physik und Technik hat eine Liste von erfahrenen Medizinphysik-Experten veröffentlicht, die auf der folgenden Internetseite zu finden ist: [www.apr.drg.de](http://www.apr.drg.de) in der Rubrik Fachinformationen/Medizinphysik-Experte unter „Medizinphysik-Experte wird für viele Neuanlagen Pflicht“.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Manuela Pfeiffer unter  
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 33 97  
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 33 97

## Anforderungen an die ärztliche Dokumentation

Die ärztliche Dokumentation erfolgt mit dem Ziel, den Behandlungsverlauf transparent und nachvollziehbar zu machen und dient:

- als Gedächtnisstütze zum therapeutischen Vorgehen
- als Informationsquelle für eine sachgerechte Weiterbehandlung
- als Nachweis für eine ordnungsgemäße und vollständige Leistungserbringung

Dabei sind folgende Anforderungen und Empfehlungen zu beachten:

- Vertragsärzte haben eine allgemeine Pflicht, die erbrachten Leistungen zu dokumentieren (Paragraf 295 Absatz 1 SGB V, Paragraf 57 BMV-Ä). Je aussagekräftiger die Dokumentation ist, desto nachvollziehbarer ist die Durchführung der Leistung und deren Abrechnung. Mindestanforderung ist, dass stichpunktartig und individuell für den jeweiligen Patienten vermerkt wird, welche Leistungsinhalte erbracht und welche Erkenntnisse gewonnen wurden.
- Eine vollständige Leistungserbringung ist erst gegeben, wenn die obligaten Leistungsinhalte erbracht, die in den Präambeln, Leistungslegenden und Anmerkungen aufgeführten Dokumentationspflichten erfüllt und die erbrachten Leistungen dokumentiert wurden (2.1 Allgemeine Bestimmungen EBM). Dokumentationsanforderungen im obligaten Leistungsinhalt einer Gebührenordnungsposition sind damit zwingende Abrechnungsvoraussetzung (zum Beispiel GOP 35100 „schriftlicher Vermerk“). Weitere Dokumentationsanforderungen ergeben sich aus den Präambeln und Anhängen zum EBM, aus Richtlinien oder aus

Qualitätssicherungsvereinbarungen. Aber auch ohne entsprechenden EBM-Verweis bestimmt sich der notwendige Leistungsinhalt einer Gebührenordnungsposition nach den normativen Vorgaben der Bundesmantelvertragspartner zur Qualitätssicherung (BSG, Urteil vom 16. Mai 2018, Az.: B 6 KA 16/17 R).

- Die ärztliche Dokumentation ist im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Leistungserbringung zu erstellen. Eine nachträgliche Änderung oder Ergänzung mit dem Ziel, die ordnungsgemäße Leistungserbringung nachzuweisen, kann strafrechtliche Konsequenzen haben. Um etwaige Zweifel am Beweiswert gar nicht erst aufkommen zu lassen, ist es beim Führen einer elektronischen Patientenakte sinnvoll, bereits bei Vorlage der Aufzeichnungen auch einen Nachweis zum Eintragungszeitpunkt vorzulegen. Wir empfehlen, mit dem Praxissoftwareanbieter die technischen Möglichkeiten einer automatischen unabänderlichen Protokollierung der Eintragungszeitpunkte zu klären (siehe Tabelle).

Unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Abrechnung/Abrechnungsprüfung* finden Sie zahlreiche weiterführende Informationen.

Im Rahmen von Prüfverfahren sind die ärztlichen Aufzeichnungen das entscheidende Mittel, die ordnungsgemäße Leistungserbringung nachzuweisen. Genügt die ärztliche Dokumentation den Anforderungen nicht, da sie gänzlich fehlt oder in sich widersprüchlich ist, kann dies zur Folge haben, dass die Leistung als nicht erbracht gilt (LSG Hessen, Urteil vom 27. Mai 2015, Az.: L 4 KA 50/12, BayLSG, Urteil vom 7. Juli 2004, Az.: L 3 KA 510/02). Durch eine gute Dokumentation können Prüfverfahren verkürzt und Honorarrückforderungen vermieden werden.

### Ansprechpartner

Anja Kirsch

Telefon 09 41 / 39 63 – 3 45

Fax 09 41/ 39 63 – 6 8345

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

Steve Hoffmann

Telefon 09 11/9 46 67 – 2 46

Fax 09 11/9 46 67 – 6 62 46

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

### Checkliste: Erfüllt Ihre Dokumentation die Anforderungen?

- ✓ Fordert der obligate Leistungsinhalt eine bestimmte Dokumentation?
- ✓ Wurden Präambeln, Allgemeinen Bestimmungen und Anhänge zum EBM berücksichtigt?
- ✓ Finden Richtlinien oder Qualitätssicherungsvereinbarungen Anwendung?
- ✓ Lässt sich – unabhängig von konkreten Vorgaben – anhand der Dokumentation auf die Erfüllung des obligaten Leistungsinhaltes schließen?

