

KVBIINFOS

07 | 24
08

ABRECHNUNG

- 58 Die nächsten Zahlungstermine
- 58 Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2024
- 62 EBM-Änderungen zum 1. Juli 2024
- 64 Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen
- 64 CCTA bei Verdacht auf koronare Herzkrankheit
- 65 Abrechnung GOP 30760
- 65 Hygienezuschläge ambulantes Operieren

VERORDNUNGEN

- 66 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 68 Krankenfahrt bei tagesstationärer Behandlung
- 68 COVID-19-Impfung

QUALITÄT

- 69 Neue Zweitmeinungsverfahren „Eingriffe zum Hüftgelenkersatz“ und „Eingriffe an Aortenaneurysmen“

ALLGEMEINES

- 71 Vertrag „VersorgungPlus“ mit dem BKK Landesverband Bayern

SEMINARE

- 71 Wissen auffrischen mit KVB-Seminaren

Die nächsten Zahlungstermine

10. Juli 2024

Abschlagszahlung Juni 2024

31. Juli 2024

Restzahlung 1/2024

12. August 2024

Abschlagszahlung Juli 2024

10. September 2024

Abschlagszahlung August 2024

10. Oktober 2024

Abschlagszahlung September 2024

31. Oktober 2024

Restzahlung 2/2024

11. November 2024

Abschlagszahlung Oktober 2024

10. Dezember 2024

Abschlagszahlung November 2024

*Notarzdienst wegen individueller Berechnung
zirka fünf Tage später*

Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2024

Abrechnungsabgabe

Wann?	Einreichung bis spätestens Mittwoch, den 10. Juli 2024
Wie?	online
Wo?	<ul style="list-style-type: none"> ■ im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ über Service „Honorar & Abrechnung“ oder ■ den Kommunikationskanal KIM beziehungsweise KV-Connect
Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Die Abrechnung muss vollständig und korrekt sein. ■ Persönliche Leistungserbringung qualifikationsgebundener Leistungen insbesondere bei angestellten Ärztinnen und Ärzten, in Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren. ■ Sammelerklärung
Verspätete Abgabe	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sollten Sie einmal den Abgabetermin für Ihre Quartalsabrechnung (bis spätestens zum zehnten Kalendertag des ersten Monats nach Abschluss des Abrechnungsquartals) nicht einhalten können, besteht die Möglichkeit, eine Fristverlängerung online über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ unter Service „Honorar & Abrechnung“ mit dem Suchbegriff „Fristverlängerung der Quartalsabrechnung“ zu beantragen. Hierbei erhalten Sie eine vom System generierte Eingangsbestätigung/Genehmigung. Wichtig: Eine Fristverlängerung ist aus prozesstechnischen Gründen nur für längstens 14 Tage möglich. Für Abrechnungen, die nach dem 24. Kalendertag des ersten Monats nach Abschluss des Abrechnungsquartals eingehen, können wir weder eine Verarbeitung noch die nächsten Abschlagszahlungen garantieren. ■ Liegt ein außergewöhnlicher, begründeter Ausnahmefall (zum Beispiel Krankheit, Tod) vor, der eine Verlängerung der Abgabefrist außerhalb des regulären Bearbeitungsprozesses notwendig macht (also Abgabe nach dem 24. Kalendertag des ersten Monats nach Abschluss des Abrechnungsquartals), so können Sie die Fristverlängerung unter der E-Mail-Adresse Terminverlaengerung@kvb.de beantragen. Liegt ein Ausnahmefall vor, erhalten Sie von uns einen neuen Abgabetermin. ■ Hinweis: Terminverlängerungen für Notarztabrechnungen und Abrechnungen Leitender Notärzte siehe Kapitel „Sonstige Abrechnungen mit separaten Einreichungsterminen“
Wichtig	Eine mögliche Verlängerung der Abgabefrist bezieht sich nur auf die Abrechnung nicht bereits verjährter Fälle und nicht auf die elektronische Dokumentation der Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen der KVB.
Empfangsbestätigung	Über den Eingang Ihrer Abrechnungsunterlagen können Sie eine Empfangsbestätigung unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 - 6 87 80 anfordern.

Nähere Informationen zur Online-Abrechnung finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/abrechnungsprozess/#c1476 unter *Online-Abgabe der Abrechnung*. Gerne können Sie uns Ihre Abrechnung und Unterlagen auch schon früher zusenden. Wir empfehlen vor Übermittlung Ihrer Abrechnung die Durchsicht der in Ihrer Praxissoftware durch das KBV-Prüfmodul erzeugten GNR-Statistik (also der Aufstellung/Übersicht aller abgerechneten Gebührennummern/Leistungspositionen) und gegebenenfalls der Fallstatistik. Dadurch verschaffen Sie sich einen schnellen Überblick und haben noch die Möglichkeit, eventuell erforderliche Korrekturen oder Ergänzungen vor der Übermittlung der Abrechnung vorzunehmen.

Korrekturen und/oder Ergänzungen nach Übermittlung der Abrechnung

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

Die Gesamtversion der Abrechnungsbestimmungen finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/rechtsquellen unter *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/mitglieder/praxisfuehrung/service/formularservice unter *Buchstabe „S“* herunterladen oder Sie scrollen auf der Startseite einfach ganz nach unten zum Punkt „Anträge und Formulare“.

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg

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

Zur besseren Übersicht über die einzureichenden Scheine steht Ihnen die „Checkliste Papierunterlagen Besko“ sowie das Merkblatt „Abrechnung Besondere Kostenträger“ mit detaillierteren Informationen unter www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/abrechnungsprozess/#c1475 unter „*Besondere Kostenträger*“ zur Verfügung. Es ist erforderlich, bei der Einreichung von Sachkostenrechnungen ein entsprechendes Deckblatt mit beizufügen. Dieses steht Ihnen unter www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/verguetungsvertraege/sachkostenerstattung unter „*Praxismaterial zum Download*“ zur Verfügung.

Sonstige Abrechnungen mit separaten Einreichungsterminen

Notarzteinsätze über „emDoc“ oder „NIDAclient“	<ul style="list-style-type: none"> ■ Eine Besonderheit stellt die Einreichung und Abrechnung von Notarzteinsätzen über „emDoc“ oder den „NIDAclient“ dar. Mit den Webanwendungen können Sie Ihre Fälle laufend zur Abrechnung einreichen. Alle bis zum jeweiligen Abrechnungslauf eingereichten Fälle werden berücksichtigt. ■ Die Frist endet mit Ablauf des Folgequartals auf das Leistungsquartal. ■ Die Webanwendungen starten im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ unter Service „Honorar & Abrechnung“ mit dem Suchbegriff „Notarzt-Abrechnung anlegen (emDoc)“ oder „Notarzteinsatzdokumentation (NIDAclient)“. ■ Anders als bei der sonst erforderlichen Einreichung der handschriftlich unterzeichneten Sammelerklärung bestätigen Sie in der jeweiligen Webanwendung auf elektronischem Weg, dass Sie die Leistungen persönlich den Bestimmungen entsprechend erbracht haben.
--	--

Frist verpasst?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Für eine Fristverlängerung für die Abrechnung von Notarzteinsätzen wenden Sie sich bitte vor Ablauf der Frist schriftlich an die entsprechende E-Mail-Adresse (siehe unten).
Fragen?/Infos	<p>Bei Fragen erreichen Sie uns unter</p> <p>Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88</p> <p>Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25</p> <p>E-Mail „emDoc“: emDoc@kvb.de „NIDAclient“: notarzdoku@kvb.de</p>
Leitender Notarzt (LNA)	<p>Die Abrechnung von Leistungen als Leitender Notarzt in Bayern erfolgt über den Online-Dienst „<i>Abrechnungserklärung Leitende Notärzte</i>“.</p> <p>Diese Web-Anwendung ermöglicht den LNA, LNA-Einsätze benutzerfreundlich, schnell und papierlos einzureichen. Somit entfällt sowohl das Herunterladen und der Ausdruck eines Formulars als auch der postalische Versand. In der Web-Anwendung sind auch weiterhin nur die bisherigen LNA-Einsatzdaten zu dokumentieren.</p> <p>Darüber hinaus können LNA-Einsätze rund um die Uhr eingereicht werden und die LNA erhalten direkt eine Eingangsbestätigung über das Nachrichtencenter im Portal.</p> <p>Der Online-Dienst ist auf der KVB-Website „Meine KVB“ unter der Kategorie „Honorar & Abrechnung - Abrechnungserklärung Leitende Notärzte“ zu finden. Das Mitgliederportal „Meine KVB“ ist direkt über die KVB-Startseite www.kvb.de - Meine KVB erreichbar.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Die Frist zur Abrechnung endet mit Ablauf des Folgequartals auf das Leistungsquartal. ■ Ausführliche Informationen finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/notarzdienst
Termin verpasst für die LNA-Abrechnung?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Für eine Fristverlängerung für die Abrechnung von LNA-Einsätzen wenden Sie sich bitte vor Ablauf der Frist schriftlich an LNA@kvb.de
Fragen/Infos zur LNA-Abrechnung?	<p>Bei Fragen erreichen Sie uns unter</p> <p>Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88</p> <p>Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25</p> <p>E-Mail LNA@kvb.de</p>

EBM-Änderungen zum 1. Juli 2024

Der Bewertungsausschuss hat zum 1. Juli 2024 Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) beschlossen. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese in Kürze dar.

Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses aus seiner 710., 711., 715. und 718. Sitzung wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Sie stehen unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Mammographie-Screening – Anhebung der Altersgrenzen

Beschluss aus der 710. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Ab dem 1. Juli 2024 können auch Frauen von 70 bis einschließlich 75 Jahren am Mammographie-Screening-Programm teilnehmen. Die programmteilnehmenden Ärzte können die Gebührenordnungspositionen des Mammographie-Screenings nach Abschnitt 1.7.3.1 EBM (GOPen 01750 bis 01759) auch für diese Patientinnen abrechnen.

Vorausgegangen ist ein Beschluss zur Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), der den bisherigen Anspruch für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren auf Frauen zwischen 70 und 75 Jahren ausgeweitet hat. Ein Anspruch auf das Mammographie-Screening besteht alle zwei Jahre.

Neu anspruchsberechtigte Frauen können ab dem 1. Juli 2024 bei der jeweils zuständigen Zentralen Stelle

auf eigene Initiative einen Termin für die Screening-Untersuchung vereinbaren (vor dem 1. Juli 2024 ist keine Terminvereinbarung möglich). Die reguläre schriftliche Einladung der neu anspruchsberechtigten Frauen wird zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen.

Neue GOPen bei Anwendung des Arzneimittels Orserdu® und Piqray®

Beschluss aus der 715. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Vor der Anwendung des Arzneimittels Orserdu® muss laut Fachinformation eine Testung auf aktivierende ESR1-Mutationen aus einer Blutplasmaprobe erfolgen. Für diese gezielte Bestimmung der wichtigsten aktivierenden ESR1-Mutationen mittels PCR-basierter Verfahren vor einer Behandlung mit Orserdu® wird die **GOP 19466 neu** in den Abschnitt 19.4.4 EBM aufgenommen.

Orserdu® ist ein Arzneimittel zur Behandlung von postmenopausalen Frauen sowie von Männern mit Estrogenrezeptor (ER)-positivem, HER2-negativem, lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs mit einer aktivierenden ESR1-Mutation nach mindestens einer Vortherapie, sofern der Tumor eine aktivierende ESR1-Mutation aufweist.

NEU: GOP 19466

Gezielte Bestimmung von ESR1-Mutationen unter Verwendung von zirkulierender Tumor-DNA zur Indikationsstellung einer gezielten Behandlung von postmenopausalen Frauen und Männern mit Estrogenrezeptor (ER)-positivem, HER2-negativem, lokal fortgeschrittenem

oder metastasiertem Mammakarzinom, deren Erkrankung nach mindestens einer endokrinen Therapielinie, einschließlich eines CDK 4/6-Inhibitors, fortgeschritten ist, wenn diese laut Fachinformation obligat ist.

Obligater Leistungsinhalt

Gezielte Untersuchung der aktivierenden Mutationen E380Q, L536H, Y537C/N/S und D538G sowie von bis zu vier weiteren aktivierenden Mutationen in der Ligandenbindungsdomäne

EBM-Bewertung: 2.100 Punkte
Preis B€GO: 250,61 Euro

- zweimal im Krankheitsfall (aktuelles und nachfolgende drei Quartale) berechnungsfähig
- Die Berechnung der GOP 19466 setzt die Anwendung eines validierten Verfahrens voraus, für das Nachweisgrenzen von $\leq 0,1$ Prozent Variantenallelfrequenz für die im ESR1-Gen zu bestimmenden Mutationen belegt werden können.

Das für die Behandlung mit Orserdu® infrage kommende Patientenkollektiv weist eine hohe Überschneidung mit dem des Medikaments Piqray® auf. Zur Indikationsstellung ist der Nachweis von aktivierenden Mutationen im jeweiligen Gen (ESR1-Gen beziehungsweise PIK3CA-Gen) erforderlich. Der Bewertungsausschuss ist davon ausgegangen, dass zukünftig die Untersuchung des Mutationsstatus mittels Next-Generation-Sequencing im ESR1- und PIK3CA-Gen regelhaft aus derselben Blutprobe und in einem Untersuchungsgang erfolgt. Aufgrund dessen wird für die gleichzeitige Bestimmung des PIK3CA- und ESR1-Mutationsstatus unter Verwendung von zirkulierender Tumor-DNA die

GOP 19467 neu in den Abschnitt 19.4.4 EBM aufgenommen. Die bestehende GOP 19462 für die Bestimmung des PIK3CA-Mutationsstatus wird zum 1. Juli 2024 gestrichen.

NEU: GOP 19467

Bestimmung des PIK3CA- und ESR1-Mutationsstatus unter Verwendung von zirkulierender Tumor-DNA zur Indikationsstellung einer gezielten Behandlung von postmenopausalen Frauen und Männern mit Hormonrezeptor-positivem, HER2-negativem, lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom bei Fortschreiten der Erkrankung nach endokriner Therapie, wenn die Bestimmung des Mutationsstatus eines der genannten Gene in einer Fachinformation obligat ist.

Obligater Leistungsinhalt

- Mutationssuche auf aktivierende ESR1-Mutationen mindestens in der Ligandenbindungsdomäne zwischen den Codons 310 bis 547,
- Mutationssuche auf aktivierende PIK3CA-Mutationen mindestens in den Exonen 7, 9 und 20

EBM-Bewertung: 5.850 Punkte
Preis B€GO: 698,13 Euro

- zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- Die Berechnung der GOP 19467 setzt die Anwendung eines validierten Verfahrens voraus, für das Nachweisgrenzen von $\leq 0,5$ Prozent Variantenallelfrequenz für die zu bestimmen Mutationen belegt werden können. Das Untersuchungsverfahren muss Maßnahmen zur Erkennung falsch positiver Mutationsnachweise vorsehen.

Für beide neuen GOPen gilt:

- Der gemeinsame **Höchstwert für die Untersuchungen nach den GOPen 19463, 19466 und 19467** beträgt 11.700 Punkte im Krankheitsfall.
- Die GOPen sind nicht für das Therapiemonitoring berechnungsfähig.

Vergütung

Für die GOPen 19466 und 19467 empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung auf Landesebene ist mit den Krankenkassen in Bayern noch zu vereinbaren.

Anhang 3

Die GOPen 19466 und 19467 werden als GOPen des Abschnitts 19.4.4 nicht der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet und führen zum Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung.

Weitere Anpassungen und Klarstellungen im Abschnitt 19.4 EBM

Die Leistungen im Abschnitt 19.4 EBM (In-vitro-Diagnostik tumor-genetischer Veränderungen) sind nur berechnungsfähig, sofern sie mittels zyto- und/oder molekular-genetischer Verfahren durchgeführt wurden.

Darüber hinaus werden die Anforderungen an die Nachweisgrenze bei molekulargenetischen Untersuchungen unter Verwendung von zirkulierender Tumor-DNA im Abschnitt 19.4.4 EBM (GOPen 19460, 19461, 19463, 19465) an die Richtlinie der Bundesärztekammer zur

Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen („RiliBÄK“) angepasst.

Infusionstherapie oder Zusatzpauschale für Medikamentengabe sind künftig auch bei Gabe von Onpattro® berechnungsfähig
Beschluss aus der 718. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Die Behandlung mit dem Arzneimittel Onpattro®, das bei der hereditären Transthyretin-Amyloidose bei Erwachsenen mit Polyneuropathie der Stadien 1 oder 2 angewendet wird, kann künftig über dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab abgerechnet werden.

Ab dem 1. Juli 2024 kann die intravasale Infusionstherapie nach der GOP 02102 für die in der aktuell gültigen Fachinformation vorgesehene Infusion von 80 Minuten Dauer abgerechnet werden. Hierzu wurden die Leistungsbeschreibung und der obligate Leistungsinhalt bei der GOP 02102 um den Wirkstoff Patisiran ergänzt.

Für eine gemäß Fachinformation gegebenenfalls erforderliche Verlängerung der Infusionszeit mit einer Dauer von mindestens zwei Stunden kann anstelle der GOP 02102 die GOP 01540 für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter Behandlung mit Arzneimitteln, einschließlich Infusionen, abgerechnet werden. Die Berechnung der GOP 01540 setzt die Angabe des Präparats, der Begründung der erforderlichen Überwachung gemäß der jeweils aktuell gültigen Fachinformation (zum Beispiel Dosierung, Dosisanpassung, Erstgabe, Körpergewicht) und der

Überwachungsdauer voraus (freier Begründungstext – Feldkennung 5009).

Vergütung

Die GOPen 02102 und 01540 werden extrabudgetär finanziert. Durch die Ergänzung um Patisiran verlängert sich für die GOP 02102 die Frist für die Empfehlung zur extrabudgetären Vergütung um fünf Quartale und wird auf den 30. Juni 2026 festgesetzt. Die Frist für die Empfehlung zur extrabudgetären Vergütung der GOPen 01540 bis 01542 wurde bereits durch die Aufnahme des Arzneimittels Pegunigalsidase alfa (Handelsname Elfabrio®) zum 1. Januar 2024 verlängert und auf den 31. März 2026 festgesetzt (BA-Beschluss 698. Sitzung).

Mutterschafts-Richtlinie – redaktionelle Anpassung

Beschluss aus der 711. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Der Bewertungsausschuss hat zum 1. Juli 2024 die Begrifflichkeiten und Verweise in den Abschnitten 1.7 (Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch), 32.1 (Grundleistungen der In-vitro-Diagnostik der Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie Transfusionsmedizin) und Anhang 3 EBM (Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes) an die Mutterschafts-Richtlinie des G-BA angepasst.

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

Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen

Die Systemische Therapie steht künftig auch für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur Verfügung. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Systemische Therapie für Kinder und Jugendliche wie bereits auch für die Erwachsenen in seine Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen. Der Beschluss ist am 12. April 2024 in Kraft getreten.

Anpassung der Psychotherapie-Vereinbarung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband haben in diesem Zusammenhang die Psychotherapie-Vereinbarung angepasst. Die Änderungen betreffen insbesondere die Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen.

Die Gebührenordnungspositionen 35431, 35432, 35435 (Einzeltherapie) sowie 35703 bis 35709 und 35713 bis 35719 (Gruppentherapie) des EBM, einschließlich Buchstabenkennzeichnung, sind auch bei Durchführung der Systemischen Therapie für Kinder und Jugendliche ab dem 1. Juli 2024 berechnungsfähig.

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

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

CCTA bei Verdacht auf koronare Herzkrankheit

Bei gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf eine chronische koronare Herzkrankheit kann künftig die Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA) eingesetzt werden. Die CCTA ist eine nicht-invasive bildgebende Methode, mit der die Herzkranzarterien dargestellt werden, um dort Verengungen oder Verschlüsse zu finden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die CCTA in seine Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ aufgenommen. Der Beschluss ist am 27. April 2024 in Kraft getreten.

Anforderungen an die Qualitätssicherung

Für die Ausführung und Abrechnung der CCTA ist eine Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie erforderlich. Die Vereinbarung muss hinsichtlich der Genehmigungsvoraussetzungen für die CCTA zunächst angepasst werden. Wir werden Sie über die Änderungen und das Verfahren zur Antragstellung rechtzeitig informieren.

Abrechnung erst nach Aufnahme einer Leistung in den EBM möglich

Die CCTA kann erst dann als Kassenleistung erbracht und abgerechnet werden, wenn eine entsprechende Leistung in den 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 informieren.

Hygienezuschläge ambulantes Operieren

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

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

Abrechnung GOP 30760

Die dokumentierte Überwachung nach GOP 30760 ist gemäß ihrer Leistungsbeschreibung im EBM nur im Anschluss an die GOP 30710 oder nach Eintritt des dokumentierten vegetativen, gegebenenfalls sensiblen Effekts im Anschluss an die GOPen 30721, 30722, 30724 und 30730 berechnungsfähig. Bitte beachten Sie dies bei der Abrechnung der GOP 30760.

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

Der Bewertungsausschuss hat **rückwirkend zum 1. Januar 2024** neue Zuschläge für den höheren Hygieneaufwand bei ambulanten Operationen in den EBM aufgenommen. Mit diesen Hygienezuschlägen wird der personelle und technische Mehraufwand für die Instrumentenaufbereitung im Zusammenhang mit ambulanten Operationen vergütet, den das 2011 geänderte Infektionsschutzgesetz vorschreibt. Zugleich soll eine Gleichbehandlung der vertragsärztlichen Versorgung gegenüber dem stationären Bereich erreicht werden, der bereits seit 2013 durch ein Hygienesonderprogramm zur Umsetzung des Infektionsschutzgesetzes gefördert wird.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 716. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) wurde auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) unter www.kbv.de in der Rubrik Service/Rechtsquellen/Beschlüsse des BA veröffentlicht. Er steht unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Zuschläge zum Großteil der ambulanten Operationen

Neue Hygienezuschläge werden zu fast allen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 EBM und zu den operativen Eingriffen der Sterilisation (GOP 01854, 01855) und Abruptio (GOP 01904, 01905) aufgenommen, insgesamt 66 neue Gebührenordnungspositionen.

Keine Zuschläge gibt es dagegen zu Kataraktoperationen (GOPen 31350, 31351) und zu Gebührenordnungspositionen, die keinem OPS-Code im Anhang 2 des EBM zugeordnet

sind (zum Beispiel kleinchirurgische Eingriffe bei Kindern in Narkose).

Die Bewertung der Hygienezuschläge ist je nach (Haupt-)Eingriff unterschiedlich hoch und richtet sich neben dem Aufwand der aufzubereitenden Instrumente, der Zeitdauer der Operation auch nach dem Ambulantisierungsgrad der Operation. Die Spanne reicht von 28 bis 521 Punkten (3,34 bis 62,18 Euro).

Eine vollständige Übersicht über die Hygienezuschläge finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Mitglieder/Praxisführung/Service - Serviceschreiben 2024*.

Die neuen Hygienezuschläge müssen Sie nicht selbst in Ihre Abrechnung eintragen. Die zutreffenden Gebührenordnungspositionen werden von uns automatisch einmal zu jeder abgerechneten zuschlagsberechtigten Operationsleistung zugesetzt.

Nachvergütung rückwirkend zum 1. Quartal 2024

Wegen der bereits fortgeschrittenen Abrechnungsbearbeitung konnten wir die Änderungen leider nicht mehr mit dem Honorarbescheid 1/2024 umsetzen, sodass Sie die neuen Hygienezuschläge mit dem nächstmöglichen Honorarbescheid als Nachvergütung erhalten. Ein Korrekturantrag oder Widerspruch Ihrerseits ist daher nicht notwendig.

Vergütung

Die neuen Hygienezuschläge nach den GOPen 31020 bis 31082 werden als Leistungen des Abschnitts 31.2 EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

vergütet. Für die GOPen 01858, 01859 sowie 01907 EBM empfiehlt der Bewertungsausschuss ebenfalls die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung auf Landesebene ist mit den Krankenkassen in Bayern noch zu vereinbaren.

Anhang 3

Die neuen Zuschläge nach den GOPen 31020 bis 31082 in Abschnitt 31.2 EBM und nach den GOPen 01858, 01859 und 01907 werden nicht der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet. Sie führen somit zum Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG).

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

Anlage V: Medizinprodukte

Medizinprodukt	Befristung der Verordnungsfähigkeit
TauroSept	31. Dezember 2027
ISOMOL®	31. Dezember 2028
MOVICOL®	
MOVICOL® aromafrei	
MOVICOL® flüssig Orange	
MOVICOL® Junior aromafrei	
MOVICOL® Junior Schoko	
MOVICOL® Schoko	
MOVICOL® V	
Kinderlax® elektrolytfrei	
Macrogol beta Lemon	
NYDA® Läusespray	
Serag BSS	
Macrogol AbZ	
Nebusal® 7 %	
HYLO®-GEL	
Serumwerk-Augenspüllösung	21. April 2027
BSS	
BSS DISTRA-SOL	
1xklysmal salinisch	
POLYSOL	
Sentol	
Eye-Lotion Balanced salt solution	
VISMED® MULTI	16. Januar 2029

Die Medizinprodukte AMO™ und ENDOSOL™ werden gestrichen.

Anlage VII: Aut-idem

Teil B – Substitutionsausschlussliste
Der Wirkstoff

- **Everolimus**, (Tabletten bis zu einem Wirkstoffgehalt von 1 mg) wurde neu aufgenommen.

Anlage XII: Nutzenbewertungsverfahren des ersten Quartals 2024

- Bedaquilin – Neubewertung nach Fristablauf – Anwendungsgebiet: Multiresistente pulmonale Tuberkulose
- Brentuximab Vedotin – Aussetzung des Verfahrens der Nutzenbewertung – Anwendungsgebiet: Hodgkin-Lymphom, CD30+, Stadium III, Erstlinie
- Cipa glucosidase alfa – Anwendungsgebiet: Morbus Pompe, Kombination mit Miglustat
- Dalbavancin – Aufhebung der Freistellung – Anwendungsgebiet: akute bakterielle Haut- und Weichgewebeeinfektionen (ABSS-SI), ≥ drei Monate
- Dimethylfumarat – Anwendungsgebiet: schubförmig remittierende Multiple Sklerose, ≥ 13 Jahre
- Eftrenonacog alfa – Neubewertung eines Orphan Drugs nach Überschreitung der 30-Millionen-Euro-Grenze – Anwendungsgebiet: Hämophilie B
- Empagliflozin – Anwendungsgebiet: Chronische Niereninsuffizienz
- Exagamglogen Autotemcel – keine Beschränkung der Versorgungsbefugnis – Anwendungsgebiet: β-Thalassämie
- Glofitamab – Anwendungsgebiet: Diffus großzelliges B-Zell-Lymphom, nach ≥ zwei Vortherapien
- Ibrutinib – Änderung der Befristung der Geltungsdauer – Anwendungsgebiet: Chronische lymphatische Leukämie, Erstlinie, Kombination mit Rituximab
- Ivosidenib – Anwendungsgebiet: Cholangiokarzinom mit IDH1-R132-Mutation, nach mindestens einer Vortherapie
- Ivosidenib – Anwendungsgebiet: Akute Myeloische Leukämie mit IDH1-R132-Mutation, Erstlinie, Kombination mit Azacitidin
- Lonapegsomatropin – Anwendungsgebiet: Wachstumsstörung durch Wachstumshormonmangel, ≥ drei bis < 18 Jahre
- Lumacaftor/Ivacaftor – Anwendungsgebiet: Zystische Fibrose, homozygot F508del-Mutation im CFTR-Gen, ≥ ein bis < zwei Jahre
- Mavacamten – Anwendungsgebiet: Symptomatische hypertrophe obstruktive Kardiomyopathie (NYHA Klasse II–III)
- Migalastat – Neubewertung eines Orphan Drugs nach Überschreitung der 30-Millionen-Euro-Grenze – Anwendungsgebiet: Morbus Fabry, ≥ zwölf Jahre
- Mirikizumab – Anwendungsgebiet: Colitis ulcerosa, vorbehandelt
- Nivolumab – Anwendungsgebiet: Melanom (Stadium IIB oder IIC), adjuvante Therapie, ≥ zwölf Jahre, Monotherapie
- Nivolumab – Anwendungsgebiet: nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom, PD-L1-Expression ≥ 1 %, neoadjuvante Therapie, Kombination mit platinbasierter Chemotherapie
- Nonacog beta pegol – Anwendungsgebiet: Hämophilie B, < zwölf Jahre
- Pegunigalsidase alfa – Anwendungsgebiet: Morbus Fabry
- Risdiplam – Anwendungsgebiet: Spinale Muskelatrophie, < zwei Monate
- Sacituzumab govitecan – Anwendungsgebiet: Mammakarzinom, HR+, HER2-, mindestens drei Vortherapien
- Sirolimus – Anwendungsgebiet: Faziale Angiofibrome bei tuberöser Sklerose, ≥ sechs Jahre
- Talquetamab – Anwendungsgebiet: Multiples Myelom, mindestens drei Vortherapien
- Teclistamab – Anwendungsgebiet: Multiples Myelom, mindestens drei Vortherapien
- Tisagenlecleucel – Neubewertung nach Fristablauf – Anwendungsgebiet: Akute lymphatische B-Zell-Leukämie, rezidiert / refraktär, 0 ≤ 25 Jahre
- Trifluridin/Tipiracil – Anwendungsgebiet: Kolorektalkarzinom, nach zwei Vortherapien, Kombination mit Bevacizumab
- Vosoritid – Neubewertung wegen Überschreitung der 30-Millionen-Euro-Grenze – Anwendungsgebiet: Achondroplasie, ≥ zwei Jahre

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

Krankenfahrt bei tagesstationärer Behandlung

Durch eine Ergänzung der Krankentransport-Richtlinie erhalten Krankenhausärztinnen und -ärzte nun auch die Möglichkeit, Krankenfahrten (Hin- und Rückfahrt) zwischen Krankenhaus und Übernachtungs-ort während der tagesstationären Behandlung zu verordnen. Entsprechend der bisherigen gesetzlichen Vorgaben waren nur die Krankentransportleistungen unmittelbar nach der Entlassung umfasst.

Es wurde geregelt, dass Krankenhausärztinnen und -ärzte dafür dauerhaft das vertragsärztliche Formular 4 „Verordnung einer Krankentransportleistung“ verwenden.

Näheres lesen Sie bitte in unserem „Verordnung Aktuell“.

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

COVID-19-Impfung

Die STIKO hat ihre Empfehlungen zur COVID-19-Impfung aktualisiert. Neben redaktionellen Anpassungen hat der G-BA insbesondere folgende Änderungen in der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) beschlossen:

- Von den drei Antigenkontakten, die zum Erreichen einer Basisimmunität erforderlich sind, muss nur noch einer eine Impfung sein. In den tragenden Gründen zum Beschluss wird darauf hingewiesen, dass bei den aktuellen Impfstoffen sowohl die Grundimmunisierung als auch die Auffrischimpfung mit je einer Dosis erfolgt.
- Jährliche Impfung im Herbst (Auffrischimpfungen für die genannten Personengruppen).
- Eingesetzt werden sollen zugelassene mRNA- oder proteinbasierte Impfstoffe mit jeweils von der WHO empfohlener Variantenanpassung.
- Konkretisierung, dass die COVID-19-Impfung eine Standardimpfung ist für gesunde Schwangere jeden Alters bei unvollständiger Basisimmunität.
- Bereinigung der Anlage zu Dokumentationsschlüsseln: Aufgeführt werden nur noch mRNA- oder proteinbasierte COVID-19-Impfstoffe mit jeweils von der WHO empfohlener Variantenanpassung.

Weitere Details lesen Sie in unserem „Verordnung Aktuell“ unter www.kvb.de/mitglieder/verordnungen#c9425.

Comirnaty 10 Mikrogramm/ Dosis XBB.1.5

Eine Verwendung dieses Impfstoffs – Comirnaty Kinder (fünf bis elf Jahre) XBB.1.5 (10 Mikrogramm/ml Injektionsdispersion) – **ist über den 31. Juli 2024 hinaus nicht möglich**. Daher wird dieser Impfstoff ab dem 1. August 2024 in Deutschland nicht mehr zur Verfügung stehen.

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

Neue Zweitmeinungsverfahren „Eingriffe zum Hüftgelenksersatz“ und „Eingriffe an Aortenaneurysmen“

Die bundesweite Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) wurde um zwei Eingriffe erweitert:

Ab 1. Juli 2024 haben gesetzlich Versicherte bei einer Indikationsstellung zur Implantation einer Totalendoprothese am Hüftgelenk sowie zu Revisionseingriffen, zu Wechsel und Entfernungen von Total- oder Teilendoprothesen („Eingriffe zum Hüftgelenksersatz“) einen Anspruch auf Einholung einer unabhängigen, neutralen ärztlichen Zweitmeinung. Nicht umfasst sind Notfalleingriffe und dringliche Eingriffe oder Eingriffe aufgrund von Tumorerkrankungen.

Darüber hinaus haben gesetzlich Versicherte ab 1. Oktober 2024 bei einer Indikationsstellung zu folgenden offen-chirurgischen oder endovaskulären Operationsverfahren bei thorakalen, abdominellen oder thorakoabdominellen Aortenaneurysmen („Eingriffe an Aortenaneurysmen“) einen Zweitmeinungsanspruch:

- Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta
- endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen

Nicht umfasst sind Notfalleingriffe und dringliche Eingriffe.

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 **Patienteninfor-**

mationsblatt 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 derzeit mit **75 Punkten (8,95 Euro)** bewertet ist. Die im Zusammenhang mit den Zweitmeinungsverfahren berechnungsfähige GOP 01645 ist beim Zweitmeinungsverfahren „**Eingriffe zum Hüftgelenksersatz**“ ab dem 1. Juli 2024 mit dem **Buchstaben „J“ (GOP 01645J)** und ab dem 1. Oktober 2024 beim Zweitmeinungsverfahren „**Eingriffe an Aortenaneurysmen**“ mit dem **Buchstaben „K“ (GOP 01645K)** in der Abrechnung zu **kennzeichnen**.

Die Leistung kann von Ärztinnen und Ärzten der Fachgruppen abgerechnet werden, die die Indikation für den entsprechenden Eingriff stellen. Soweit erforderlich wird sie daher in die Präambel des jeweiligen Fachkapitels im EBM aufgenommen – abhängig von den Eingriffen, für die der G-BA das Zweitmeinungsverfahren vorsieht.

Wenn der Bewertungsausschuss die Neuaufnahme der GOP 01645 in eine betreffende, fachspezifische Präambel des EBM beschließt, werden wir Sie hierüber selbstverständlich informieren.

Das für die Patientenaufklärung notwendige Informationsblatt steht auf der Internetseite des G-BA unter https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4765/2019-10-28_G-BA_

Patientenmerkblatt_Zweitmeinungsverfahren_bf.pdf zum Download zur Verfügung. 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 kumulativ nachzuweisen:

- Berechtigung zum Führen einer der folgenden Facharzt- und/oder Schwerpunktbezeichnungen.

Für das Zweitmeinungsverfahren „**Eingriffe zum Hüftgelenksersatz**“:

- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Orthopädie
- Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie oder
- Physikalische und Rehabilitative Medizin

Für das Zweitmeinungsverfahren „**Eingriffe an Aortenaneurysmen**“:

- Gefäßchirurgie
- Herzchirurgie
- Innere Medizin und Angiologie oder
- Innere Medizin und Kardiologie
- 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 Abgabe der Zweitmeinung hat zwischen dem Zweitmeiner und dem Patienten mündlich zu erfolgen. 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 **arztgruppenspezifischen 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 - „freier Begründungstext“).

Notwendige Kennzeichnung durch den Zweitmeiner

Der Abrechnungsschein, auf dem die Leistungen des Zweitmeinungsverfahrens **„Eingriffe zum Hüftgelenkersatz“** berechnet werden (jeweilige arztgruppenspezifische Grundpauschale und gegebenenfalls ergänzende Untersuchungen), ist mit der **Kennzeichnungsnummer 88200J** (Feldkennung 5001 - „GNR“) zu kennzeichnen, Leistungen des Zweitmeinungsverfahrens **„Eingriffe an Aortenaneurysmen“** mit der Nummer **88200K**.

Sollten bei der/dem Versicherten in demselben Quartal noch andere Untersuchungsleistungen, die nicht mit der ärztlichen Zweitmeinung in 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/mitglieder/patientenversorgung/qualitaetssicherung/zweitmeinung.

Veröffentlichung der Zweitmeiner

Informationen zu geeigneten Zweitmeinern werden nach erteilter Genehmigung in der Arztsuche der Kassenärztlichen Bundesvereini-

gung (KBV) unter <https://arztsuche.116117.de> veröffentlicht. Dazu kann unter „Wen/Was“ das Stichwort „Facharzt“ und der Standort (mit Auswahl des Kilometer-Umkreises) eingegeben werden. Im zweiten Schritt kann dann unter „Weitere Suchkriterien“/„Leistungen“ zur Überschrift „Zweitmeinungen“ gescrollt und das gewünschte Zweitmeinungsverfahren angeklickt werden. Es wird dann eine Liste derjenigen Ärzte angezeigt, die Inhaber der entsprechenden Genehmigung sind.

Fundstellen

Die Antragsformulare für die Genehmigung und Ermächtigung sowie aktuelle Informationen zum Zweitmeinungsverfahren finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/formularservice unter „Z“/Zweitmeinungsverfahren.

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

Vertrag „VersorgungPlus“ mit dem BKK Landesverband Bayern

Zur Förderung des zusätzlichen Aufwands bei chronischen Erkrankungen haben die KVB und das BKK-System 2019 den Rahmenvertrag „VersorgungPlus“ nach Paragraph 140a SGB V geschlossen. Dieser richtete sich zunächst an Patientinnen und Patienten mit den Indikationen Koronare Herzkrankheit (KHK) und Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD). Zum 1. Juli 2024 wird dieser Vertrag nun um ein breites Spektrum an Krankheitsbildern wie beispielsweise Rückenschmerzen oder Adipositas erweitert. Hierbei werden sowohl gesicherte als auch Verdachtsdiagnosen berücksichtigt.

Was beinhaltet der Vertrag?

Im „VersorgungPlus“ Vertrag enthalten ist ein Eingangsgespräch sowie quartalsweise Folgegespräche. Die Gespräche sollen die „sprechende Medizin“ fördern. Zur Orientierung können Sie einen eigens entwickelten Gesprächsleitfaden verwenden. Je nach individuellem Gesundheitszustand Ihrer Patientin oder Ihres Patienten sowie der Ziele, die bereits erreicht wurden, planen Sie weitere Maßnahmen und Termine für ein Folgegespräch. Das Ziel der Gespräche ist eine langfristige Stabilisierung und Verbesserung des Gesundheitszustands mit besserem Selbstmanagement und einer Erhöhung der Lebensqualität des Patienten.

Teilnahme am „VersorgungPlus“-Vertrag

Bei Interesse finden Sie sämtliche wichtigen Informationen zu den Teilnahmemodalitäten unter www.kvb.de in der Rubrik *Mitglieder/Abrechnung/Vergütungsverträge*

Buchstabe „B“ und dort unter „Besondere Versorgung für Patienten der BKK (VersorgungPlus)“. Auch eine Liste der teilnehmenden Betriebskrankenkassen, sowie Unterlagen für Ärzteschaft und Versicherte, sowie strukturierte Gesprächsleitfäden für das Eingangsgespräch und die Folgegespräche inklusive einer Zusammenstellung der Indikationen, bei deren Vorliegen eine Vertragsteilnahme für Versicherte möglich ist, sind hier eingestellt. Die Teilnahme an diesem Vertrag ist selbstverständlich freiwillig.

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

Wissen auffrischen mit KVB-Seminaren

Sie wollen Ihr Wissen erweitern oder auffrischen? Dazu haben wir für Sie und Ihre Praxismitarbeiterinnen und -mitarbeiter eine Reihe interessanter und abwechslungsreicher Seminare zusammengestellt.

Nutzen Sie unser breites Angebot zu folgenden Themen entweder in Präsenz oder online und sammeln Sie Fortbildungspunkte.

- Fragen rund um die Praxisführung
- Details zur Verordnung
- Spezifika der Abrechnung
- Gründer-Abgeber-Foren
- Wissenswertes im Bereich Digitalisierung
- Aktuelles zu DMP
- außerdem zu weiteren Themen wie Notfallsituationen, Datenschutz und mehr

Die Seminartermine finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxis-fuehrung/fortbildungsangebot unter „Terminsuche“, wo Sie sich auch schnell und einfach online anmelden können.

Eine rasche Anmeldung lohnt sich, denn die Teilnehmerzahl bei den Seminaren ist begrenzt.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme.

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

