

KVBIINFOS

09 | 24
10 |

ABRECHNUNG

- 74 Die nächsten Zahlungstermine
- 74 Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2024
- 78 Labor-Änderungen zum 1. Januar 2025 im EBM
- 81 EBM-Änderungen zum 1. Juli 2024 – Implantateregister
- 82 Mammographie-Screening – Erhöhung des Overheads
- 83 Kostenpauschale 40129: Befristung aufgehoben
- 83 EBM – Detailänderungen zum 1. Oktober 2024
- 84 Anpassung AOP-Katalog
- 84 Interdisziplinäre Frühförderstellen und heilpädagogische Tagesstätten

VERORDNUNGEN

- 85 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 88 Heilmittel-Richtlinie – 1. Oktober 2024
- 88 Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)
- 89 eRezept – eine wirtschaftliche Verordnung ausstellen
- 89 Reha-Sport und Funktionstraining – Genehmigung
- 90 RSV-Antikörper – Prävention
- 90 Pflegefachkräfte
- 90 Verordnungsfähigkeit von Alirocumab
- 90 Patientenhinweise
- 91 Außerklinische Intensivpflege
- 91 Podologie

QUALITÄT

- 91 Neufassung der Arthroskopie-Vereinbarung zum 1. Oktober 2024
- 92 Elektronische Dokumentation gemäß oKFE-RL
- 93 Elektronische Dokumentation gemäß DeQS-RL
- 93 HIV-Präexpositionsprophylaxe: Änderung der Vereinbarung zur Prävention einer HIV-Infektion

SEMINARE

- 94 Wissen auffrischen mit KVB-Seminaren
- 95 Seminar des Monats für Praxisinhaber und Niederlassungswillige

Die nächsten Zahlungstermine

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 3/2024

Abrechnungsabgabe

Wann?	Einreichung bis spätestens Donnerstag, den 10. Oktober 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 Notarzt abrechnungen 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>

Labor-Änderungen zum 1. Januar 2025 im EBM

Der Bewertungsausschuss hat Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) im Bereich Labor beschlossen. Ab dem 1. Januar 2025 wird der Transport der Proben, die kostenfreie Bereitstellung des Entnahmematerials wie Probengefäße und Abstrichbestecke sowie die Technik zur elektronischen Auftragserteilung mit spezifischen Pauschalen vergütet. Zugleich gibt es Anpassungen beim laborärztlichen Honorar. Über die wichtigsten Änderungen wurden Sie in gesonderten Rundschreiben bereits informiert. Nachfolgend haben wir für Sie die relevanten Neuerungen nochmals zusammengefasst.

Details zu den neuen und geänderten Gebührenordnungspositionen (GOPen) wie Bewertungen, Anzahlbedingungen und weitere Abrechnungsbestimmungen, Begrenzungsregelungen sowie die notwendige Kennzeichnung von GOPen sind unter www.kvb.de/Mitglieder/Abrechnung veröffentlicht.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 709. Sitzung wurde auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter <https://institut-ba.de> in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Er steht unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

1. Neue Kostenpauschalen für Transport, Entnahmematerial und eAufträge

Zukünftig werden die Kosten für den Transport, das Entnahmematerial und die elektronische Auftragserteilung im EBM mit spezifischen

Pauschalen für laboratoriumsmedizinische, human- und tumorgenetische und histopathologische In-vitro-Diagnostik sowie für gynäkologische-zytologische Untersuchungen vergütet. Um die strukturell unterschiedlichen Leistungshäufigkeiten zu berücksichtigen, wurden bei der Vergütung der elektronischen Auftragserteilung und des Transports die neuen Kostenpauschalen in die In-vitro-Diagnostik ohne gynäkologische Zytologie und ohne HPV einerseits und in die In-vitro-Diagnostik der gynäkologischen Zytologie und HPV andererseits getrennt.

Hintergrund der Änderungen

Im Zusammenhang mit der Förderung von eArztbriefen hatte der Bewertungsausschuss vor vier Jahren die Portokosten in der vertragsärztlichen Versorgung neu geregelt. Von der damaligen Streichung der Portopauschalen 40120 bis 40126 war auch die Transportkostenerstattung in der In-vitro-Diagnostik betroffen, denn da die Abrechnung der Transportkostenpauschale 40100 im Behandlungsfall neben Leistungen des Abschnitts 32.2 EBM ausgeschlossen war, wurden in diesen Fällen die Portopauschalen abgerechnet. Als befristete Übergangslösung wurden die Zuschläge nach den GOPen 01699 und 12230 zu den Laborgrundpauschalen geschaffen. Jetzt haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband die Erstattung der Transportkosten für die Labordiagnostik, Histologie, Zytologie und Molekulargenetik im EBM neu geregelt.

a) Transportkosten bei Laboraufträgen

Die bisherige Transportkostenpauschale GOP 40100 sowie die als Übergangslösung in den EBM aufgenommenen Zuschläge nach den GOPen 01699 und 12230 werden gestrichen.

Zukünftig gibt es zwei Pauschalen zur Vergütung der anfallenden Versandbeziehungsweise Transportkosten im Zusammenhang mit der allgemeinen und speziellen Labordiagnostik der Abschnitte 32.2 und 32.3, der Molekulargenetik, der Histologie und der Zytologie. Laborärzte beziehungsweise Empfänger von Laboraufträgen können somit für alle Behandlungsfälle mit Versand- beziehungsweise Transportaufwand eine entsprechende Pauschale abrechnen.

Für Laborärzte*, Pathologen, Humangenetiker oder Ärzte mit Genehmigung Speziallabor

GOP 40094	Zuschlag für den Versand beziehungsweise Transport für In-vitro-diagnostische Auftragsleistungen ausgenommen die gynäkologische Zytologie und HPV	2,80 Euro
-----------	---	--------------

Für Gynäkologen, Laborärzte* oder Pathologen

GOP 40095	Zuschlag für den Versand beziehungsweise Transport für In-vitro-diagnostische Auftragsleistungen der gynäkologischen Zytologie und HPV	1,05 Euro
-----------	--	--------------

*Zur besseren Verständlichkeit werden nur „Laborärzte“ genannt. Dies umfasst alle in Kapitel 12 EBM genannten Arztgruppen (FÄ für Laboratoriumsmedizin, FÄ für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie, FÄ für Transfusionsmedizin).

b) Kostenpauschalen für Entnahmematerial

Beauftragte Ärzte können ihren Einsendern das Entnahmematerial, insbesondere Probengefäße, Sicherheitskanülen und Abstrichbestecke zur Verfügung stellen und hierfür die Kostenpauschalen des EBM abrechnen. In diesen Fällen darf eine Gebühr für das Entnahmematerial vom veranlassenden Arzt nicht verlangt werden.

Aus Gründen der Rechtssicherheit werden neue Kostenpauschalen für die Kosten der Beschaffung und Bereitstellung von Entnahmematerial aufgenommen. Sie werden als Zuschläge für die jeweiligen In-vitro-diagnostischen Auftragsleistungen gezahlt.

Für Laborärzte* und Laborgemeinschaften		
GOP 40089	Zuschlag zu den GOP 01812 und 01930 und zu den GOPen des Abschnitts 32.2 für Laborärzte oder für Laborgemeinschaften	0,95 Euro
Für Laborärzte*, Pathologen, Humangenetiker oder Ärzte mit Genehmigung Speziallabor (auch für Eigenerbringer, wenn die Entnahmematerialien selbst beschafft werden)		
GOP 40090	Zuschlag zu den GOP 01724, 01738, 01743, 01756, 01762, 01763, 01766 bis 01768, 01783, 01793, 01800, 01802 bis 01811, 01816, 01826, 01833, 01840, 01865, 01869, 01915, 01931 bis 01936, 12224 und zu den GOPen der Abschnitte 11.4, 19.3, 19.4, 30.12.2 und 32.3	0,95 Euro
Für Laborärzte*		
GOP 40091	Zuschlag zur Kostenpauschale 40090 für den direkten Erregernachweis überwiesener Leistungen für GOP nach den Abschnitten 30.12.2, 32.3.8, 32.3.9 und 32.3.10	1,98 Euro

c) Kostenpauschalen für System oder Modul für eAuftrag

Verfahren der elektronischen Auftragserteilung ermöglichen bei regelmäßiger Veranlassung der In-vitro-Diagnostik bei bestimmten Vertragsärzten die Auftragserteilung in direkter Kommunikation mit dem Laborinformationssystem. Die erforderlichen Softwaremodule können den Arztpraxen von den Laboren zur Verfügung gestellt werden.

Zur Vergütung für die Bereitstellung der Komponenten zur digitalen Auftragserteilung (eAuftrag) für die In-vitro-Diagnostik werden gesonderte Kostenpauschalen für die elektronische Auftragserteilung und -nachverfolgung in den EBM aufgenommen.

Für Laborärzte*, Humangenetiker, Pathologen oder Ärzte mit Genehmigung Speziallabor		
GOP 40092	Zuschlag für In-vitro-diagnostische Auftragsleistungen ausgenommen die gynäkologische Zytologie und HPV	0,60 Euro
Für Gynäkologen, Laborärzte oder Pathologen		
GOP 40093	Zuschlag für In-vitro-diagnostische Auftragsleistungen der gynäkologischen Zytologie und HPV	0,30 Euro

Im Hinblick auf die voranschreitende Digitalisierung der ärztlichen Kommunikation soll erstmalig nach drei Jahren überprüft werden, ob die rechtliche und technische Notwendigkeit einer gesonderten Vergütung der Kostenpauschalen für die elektronische Auftragserteilung weiterhin besteht (Protokollnotiz zum Beschluss des Bewertungsausschusses).

Details zu den neuen GOPen sind unter www.kvb.de/Mitglieder/Abrechnung veröffentlicht.

2. Anpassungen beim laborärztlichen Honorar

Im Zusammenhang mit den neuen Kostenpauschalen hat der Bewertungsausschuss die Grundpauschale für Laborärzte im EBM-Kapitel 12 überprüft.

In der letzten EBM-Reform wurde für die Berechnungen der kalkulatorische Arztlohn mit 117.060 Euro pro Jahr (bei 51 Wochenarbeitsstunden und fünf Arbeitstagen/Woche) bestimmt. Diese Festlegung erfolgt nunmehr auch für das laborärztliche Honorar. Ärztinnen und Ärzte, die zur Versorgung gemäß EBM-Kapitel 12 zugelassen sind, sollen über die laborärztlichen Grundpauschalen bei Vollaustattung den kalkulatorischen Arztlohn erreichen können. Hierfür passt der Bewertungsausschuss die Grundpauschalen und deren Abstufungsgrenzen zum 1. Januar 2025 an. Zur Gegenfinanzierung werden die Bewertungen der technischen Leistungen zum 1. Januar 2025 entsprechend gemindert.

Was ändert sich?

- Die GOPen des Kapitels 12 dürfen künftig ausschließlich von Fachärzten für Laboratoriumsmedizin, für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie, für Transfusionsmedizin sowie von ermächtigten Fachwissenschaftlern der Medizin abgerechnet werden. Die GOP 12225, die bislang von Nicht-Laborärzten für Auftragsleistungen des EBM-Kapitels 32 abgerechnet werden konnte, wird gestrichen.
- Laborärzte erhalten anstelle der GOP 12220 zwei neue Grundpauschalen nach den GOPen 12222 und 12223 für Auftrags-

leistungen des Allgemein- und Speziallabors nach Kapitel 32 und Laborleistungen nach den GOPen 01840 und 01915 für das Chlamydien-Screening.

- Die Konsiliarpauschale nach GOP 12210 bleibt unverändert.
- Bei vollständiger Weiterüberweisung an eine andere Praxis kann die neue GOP 12224 abgerechnet werden.
- Ärztinnen und Ärzte, die zukünftig von der Berechnung der GOP im EBM-Kapitel 12 ausgeschlossen sind, erhalten ab dem 1. Januar 2025 die GOP 01437 für Auftragsleistungen des EBM-Kapitels 32 sowie Laborleistungen nach den GOPen 01840 und 01915 für das Chlamydien-Screening.
- Die neuen Grundpauschalen 01437, 12222 und 12223 werden – im Unterschied zu den gestrichenen GOPen 12220 und 12225 – nicht nur bei Probeneinsendung, sondern auch für Auftragsleistungen innerhalb einer Arztpraxis vergütet. Damit wird dem zunehmenden Anteil arztgruppenübergreifender gemeinsamer Berufsausübung Rechnung getragen.
- Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe erhalten künftig die neue GOP 01698 als Zuschlag zu den Leistungen nach den GOPen 01840 und 01915, da die Grundpauschale nach GOP 01701 nicht mehr länger für die aufgeführten Laborleistungen für das Chlamydien-Screening vergütet wird. Eine Abrechnung der neuen GOP 01698 neben den frauenärztlichen Grundpauschalen ist möglich.

Die neuen Laborgrundpauschalen müssen Sie nicht selbst in Ihre Abrechnung eintragen. Die zutreffenden GOPen werden von uns – wie bereits bei den bisherigen Grundpauschalen – **automatisch** bei Vorliegen der Voraussetzungen zugesetzt.

a) Neue Pauschalen für Laborärzte

Neue Grundpauschalen:

GOP 12222

Grundpauschale für Auftragsleistungen nach den GOPen des

Abschnitts 32.2 4 Punkte

GOP 12223

Grundpauschale für Auftragsleistungen nach den GOPen 01840

und 01915 sowie den GOPen des **Abschnitts 32.3 14 Punkte**

Neue Pauschalen bei vollständiger Weiterüberweisung:

GOP 12224

Untersuchungsauftrag auf Muster 10, der zur Durchführung vollständig an eine andere Arztpraxis weiterüberwiesen wird **1 Punkt**

b) Neue Pauschalen für Nicht-Laborärzte

GOP 01437

Grundpauschale für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 3 bis 11 oder 13 bis 27 zugelassen sind, für Auftragsleistungen nach den GOPen 01840 und 01915 und **GOPen der Abschnitte 32.2 und 32.3 5 Punkte**

GOP 01698

Zuschlag für Leistungen nach den GOPen 01840 und 01915 für **Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 8** zugelassen sind

5 Punkte

EBM-Änderungen zum 1. Juli 2024 – Implantateregister

c) Neufassung der GOPen 01700 und 01701 im Abschnitt 1.7 EBM

- In den Leistungslegenden der Grundpauschalen nach den GOPen 01700 (Laborärzte) und 01701 (Nicht-Laborärzte) werden künftig die Auftragsleistungen, zu denen diese Grundpauschalen berechnungsfähig sind, abschließend aufgeführt.
- Neben der Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschale ist die Abrechnung im Arztfall ausgeschlossen.
- Für die GOP 01700 gilt eine Abstufungsgrenze

Details zu den neuen GOPen wie Abrechnungsbestimmungen, Abstufungsgrenzen und Berechnungsausschlüsse sind unter www.kvb.de/Mitglieder/Abrechnung veröffentlicht.

d) Neubewertung der Leistungen der In-vitro-Diagnostik

Mit den neuen Kostenpauschalen werden die Aufwände der Laborarztpraxen für Transport, Entnahmematerial und eine elektronische Auftragsübermittlung transparent im EBM ausgewiesen. Die Leistungsinhalte der neuen Pauschalen werden derzeit aus den Leistungen der In-vitro-Diagnostik querfinanziert. Diese Querfinanzierung wird ab 1. Januar 2025 aufgehoben und die Bewertung der Leistungen wird deshalb entsprechend gemindert.

Eine Übersicht über die neuen Bewertungen der In-vitro-diagnostischen Laborleistungen ist unter www.kvb.de/Mitglieder/Abrechnung veröffentlicht.

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

Meldung an das Implantateregister bei OP mit Brustimplantaten

Beschluss aus der 719. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Nach dem Implantateregistergesetz (IRegG) und der Implantateregister-Betriebsverordnung (IRegBV) ist ab dem 1. Juli 2024 jede Gesundheitseinrichtung, die implantatbezogene Maßnahmen mit Brustimplantaten durchführt, zur Meldung der Patientendaten an die Vertrauensstelle sowie zur Meldung der implantatbezogenen Falldaten an die Registerstelle verpflichtet.

Zur Vergütung dieser Meldung an das Implantateregister (IRD) wurde zum 1. Juli 2024 die **GOP 01965 (78 Punkte/9,31 Euro)** als Zuschlag zu einem Eingriff nach Abschnitt 31.2.2 oder 36.2.2 für die zugehörige Erfassung, Speicherung und Übermittlung von Daten bezüglich einer implantatbezogenen Maßnahme sowie für die Patienteninformation gemäß IRegG neu in den EBM aufgenommen.

Zur Vergütung der Meldegebühr gemäß Paragraf 2 Absatz 1 IRegGebV im Zusammenhang mit der Meldung einer implantatbezogenen Maßnahme entsprechend der GOP 01965 wird die **Kostenpauschale 40162 (6,24 Euro)** neu in den Abschnitt 40.5 EBM aufgenommen.

Für beide Leistungen gilt:

- Je Meldung berechnungsfähig, im Falle einer Vervollständigung oder Korrektur gemäß 17 IRegBV einer bereits erfolgten Meldung nicht erneut berechnungsfähig.
- Nur von Frauenärzten und Chirurgen berechnungsfähig.

Der Nachweis über die Erfüllung der Meldepflicht ist bei den neuen GOPen mit der Abrechnung an die Kassenärztliche Vereinigung zu übermitteln. Sie erhalten hierzu nach der Dateneingabe in der Webanwendung eine ZIP-Datei. Diese ZIP-Datei enthält eine XML-Datei mit dem notwendigen „BEG-Hash-String“. **Dieser Wert ist in Ihrem PVS-System in die Feldkennung 4135 mit der Abrechnung zu übertragen.**

Meldeverfahren

Die Verpflichtung zur Meldung an das neue IRD betrifft zunächst nur operative Eingriffe bei Brustimplantaten. Ab dem 1. Januar 2025 folgen Meldungen zur Erfassung von Endoprothesen für Hüfte und Knie sowie von Aortenklappen. Darüber informiert das Bundesgesundheitsministerium unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/implantateregister-deutschland/meldung-der-gesundheitseinrichtungen.html>

Vor der ersten Meldung muss sich jede Gesundheitseinrichtung, die implantatbezogene Maßnahmen durchführt, einmalig selbst beim IRD registrieren. Das IRD hat dazu eine Webanwendung innerhalb der Telematikinfrastruktur bereitgestellt und erläutert das Meldeverfahren.

Perspektivisch soll das Meldeverfahren in die Praxissoftware integriert und damit automatisiert werden. Bei Änderung des Meldeverfahrens wird der Bewertungsausschuss erneut über die Bewertung der Zuschlags-GOP beraten.

Weitere Informationen zum Meldeverfahren und die Links zum IRD finden Sie in den KBV-Praxisnach-

Mammographie-Screening – Erhöhung des Overheads

richten vom 27. Juni 2024 unter www.kbv.de in der Rubrik *Aktuell/Praxisnachrichten*.

Vergütung

Für die neue GOP 01965 und die neue Kostenpauschale 40162 empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung auf Landesebene ist mit den Krankenkassen in Bayern noch zu vereinbaren.

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

Die Vergütung für die Gebührenordnungspositionen für das Mammographie-Screening (Abschnitt 1.7.3.1 EBM) wird derzeit aufgeteilt in einen Vergütungsanteil für die ärztliche Leistung und einen Vergütungsanteil zur Finanzierung der Kosten im Zusammenhang mit der Durchführung des Mammographie-Screening-Programms, dem sogenannten organisatorischen Overhead.

Zum 1. Juli 2024 wurde der Anteil für diesen organisatorischen Overhead von 5,47 Prozent auf 5,92 Prozent erhöht und die Punktzahlen der GOPen deshalb entsprechend angehoben. An dem Anteil der ärztlichen Vergütung für die Leistungen des Mammographie-Screenings ändert sich hierdurch nichts.

Ab dem 1. Januar 2025 wird das Verfahren zur Ermittlung des Overheads umgestellt. Der Overhead wird dann nicht mehr in der Bewertung der GOPen 01750 bis 01759 enthalten sein, sondern über eigene

GOPen durch die Krankenkassen vergütet werden. Über das neue Verfahren und die sich hieraus ergebenden Anpassungen im EBM werden wir Sie zum gegebenen Zeitpunkt informieren.

Den Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 725. Sitzung, Teil A mit den Änderungen im Detail finden Sie auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse.

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

GOP	Vergütung bis 30. Juni 2024		Vergütung ab 1. Juli bis 31. Dezember 2024	
	Punkte	Euro	Punkte	Euro
01750	558 Punkte	66,59 Euro	560 Punkte	66,83 Euro
01753	897 Punkte	107,05 Euro	901 Punkte	107,52 Euro
01754	630 Punkte	75,18 Euro	633 Punkte	75,54 Euro
01755	1.124 Punkte	134,14 Euro	1.129 Punkte	134,73 Euro
01759	289 Punkte	34,49 Euro	290 Punkte	34,61 Euro

Kostenpauschale 40129: EBM – Detailänderungen zum 1. Oktober 2024

Befristung aufgehoben

Die Voraussetzungen für die ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes (Muster 21) im Rahmen der Fernbehandlung werden dauerhaft denen der Feststellung von Arbeitsunfähigkeit angeglichen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben im Bundesmantelvertrag-Ärzte eine entsprechende Regelung getroffen, welche die bisherige – bis zum 30. Juni 2024 befristete – Vereinbarung ablöst.

Der Bewertungsausschuss hat demzufolge in seiner 723. Sitzung mit Wirkung zum 1. Juli 2024 (Quartal 3/2024) die Befristung der Kostenpauschale 40129 im EBM aufgehoben. Die Kostenpauschale 40129 ist jetzt dauerhaft berechnungsfähig für die postalische Versendung einer Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankungen eines Kindes (Muster 21) an den Patienten beziehungsweise die Bezugsperson

- bei telefonischem Patientenkontakt oder
- bei Patientenkontakt im Rahmen einer Videopprechstunde.

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

Wirtschaftlichkeitsbonus Labor
Beschluss aus der 727. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Die GOPen 32865 bis 32867, 32869 für spezifische Genotypisierungen werden ab dem 1. Oktober 2024 in die Liste der Untersuchungen aufgenommen, die grundsätzlich bei der Ermittlung des arztpraxisspezifischen Fallwerts unberücksichtigt bleiben, sodass sich die Kosten für diese teuren Untersuchungen nicht länger auf den Wirtschaftlichkeitsbonus der Veranlasser auswirken.

Rheumatologische Funktionsdiagnostik
Beschluss aus der 727. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Ab dem 1. Oktober 2024 werden die rheumatologischen GOPen 04551, 13700, 13701, 18320 und 18700 an den Stand von Wissenschaft und Technik angepasst sowie ihre Leistungslegenden/obligaten Leistungsinhalte um Krankheitsbezeichnungen ergänzt beziehungsweise aktualisiert. Unter anderem wird bei der Zusatzpauschale für die pädiatrisch-rheumatologische Funktionsdiagnostik (GOP 04551) bei den zur Auswahl stehenden Scores der „Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI)“ gestrichen und stattdessen der „Juvenile Arthritis Disease Activity Score (JADAS)“ und der „Juvenile Spondyloarthritis Disease Activity Index (JSpADA)“ neu aufgenommen. Diese haben in der Kinderrheumatologie mehr Relevanz.

Auch wird die systemische inflammatorische Erkrankung als weitere Indikation in die Leistungslegende der Zusatzpauschale internistische Rheumatologie (GOP 13700) aufgenommen.

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

Anpassung AOP-Katalog

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KVB) hat über Anpassungen in **Abschnitt 2 des AOP-Katalogs nach Paragraf 115b Absatz 1 SGB V** ab dem 1. Juli 2024 informiert.

In Zusammenhang mit den EBM-Anpassungen zum ambulanten Operieren wurde eine entsprechende Aktualisierung in Abschnitt 2 des AOP-Katalogs vorgenommen. Dadurch werden einige der bislang in Abschnitt 2 des AOP-Katalogs mit einem „*“ gekennzeichneten Gebührenordnungspositionen (GOPen) zum 1. Juli 2024 durch neue GOPen ersetzt. Es verbleiben jedoch weiterhin OPS-Codes, denen GOPen mit einem „*“ zugewiesen sind. Diese gekennzeichneten GOPen sind bis zum 31. Dezember 2024 abrechenbar.

Den ab dem 1. Juli 2024 gültigen Abschnitt 2 des AOP-Katalogs, sowie weitere Informationen rund um dem AOP-Vertrag finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/verguetungsvertraege/ambulantes-operieren.

Über die Neuerungen zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen im EBM wurden die betroffenen Fachgruppen mit Rundschreiben vom 10. Juli 2024 informiert, siehe www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/serviceschreiben.

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

Interdisziplinäre Frühförderstellen und heilpädagogische Tagesstätten

Zum 1. Januar 2023 wurde die Vergütung für die Ausstellung des Förder- und Behandlungsplans, der zur Inanspruchnahme von Leistungen in interdisziplinären Frühförderstellen und heilpädagogischen Tagesstätten sowie für die Durchführung des Teamgesprächs benötigt wird, neu geregelt. Wir haben mit Rundschreiben vom 12. Dezember 2022 und 23. März 2023 darüber informiert. Die Behandlung und Förderung in diesen Einrichtungen richten sich an behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche. Voraussetzung für die Abrechnung der ärztlichen Leistungen ist das Vorliegen einer aktuell gültigen Genehmigung der KVB zur Teilnahme am Vertrag sowie die Zusammenarbeit mit einer (in Bayern) zugelassenen Fördereinrichtung, insbesondere zur Ausstellung des Förder- und Behandlungsplans sowie der Therapieplanung.

Aktualisierte Abrechnungshinweise

Wir haben die Übersicht zur Vergütung und Abrechnung der ärztlichen Leistungen (Ausstellung des Erst-, Folge- und Änderungsantrags sowie des Teamgesprächs) um eine ausführliche Leistungsbeschreibung der Abrechnungsziffern sowie um weitere Informationen ergänzt.

Sie finden die aktualisierte Übersicht sowie weitere Vertragsinformationen, wie Teilnahmeerklärung, Hinweise zu Leistungsausschlüssen (zum Beispiel im Zusammenhang mit Heilmittel-Verordnungen), Besonderheiten bei sinnesbeeinträchtigten Kindern und die in Bayern zugelassenen interdisziplinären

Fördereinrichtungen unter www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/verguetungsvertraege/fruehfoerderung-behinderter-kinder.

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

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

Anlage II: Lifestyle-Arzneimittel

Aufnahme von Semaglutid (Wegovy®) gilt nur bei der Anwendung zur Gewichtsreduktion.

Anlage V: Medizinprodukte

Medizinprodukt	Befristung der Verordnungsfähigkeit
Ampuwa® Spüllösung Amvisc® Amvisc® Plus Aqua B. Braun Bausch & Lomb Balanced Salt Solution BSS PLUS™ (Alcon) BSS™ Sterile Spüllösung (Alcon) Dimet®20 Dk-line® Freka Drainjet® NaCl 0,9% Freka Drainjet® Purisole SM verdünnt Hedrin® Once Liquid Gel IsoFree® Kochsalz 0,9% Inhalat Pädia® Kochsalz 6% Inhalat Pädia® mosquito® med LäuseShampoo 10 MUCOfree® 6% zur Inhalation NaCl 0,9% B. Braun NaCl 0,9% Fresenius Kabi Okta-line™ OcuCoat® Oxane® 1300 Oxane® 5700 ProVisc™ PURI CLEAR® Purisole® SM verdünnt Ringer B. Braun Ringer Fresenius Spüllösung	31. Dezember 2028
DuoVisc™ Freka-Clyss® VISCOAT™	31. Dezember 2027
belAir® NaCl 0,9%	20. November 2027
VISMED (bei Lagophthalmus)	26. September 2024

Anlage VI: Off-Label-Use

- Bisphosphonate bei Patientinnen mit Hormonrezeptor (HR)-positivem, postmenopausalem Mammakarzinom sind gemäß Teil A off-label verordnungsfähig.
- Carboplatin in Kombination mit Gemcitabin zur Behandlung von Patientinnen/Patienten mit inoperablem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Urothelkarzinom, wenn eine Cisplatin-Therapie nicht infrage kommt – Zustimmung eines pharmazeutischen Unternehmers.

Anlage VII: Aut-idem

Teil B – Substitutions-ausschlussliste

Der Wirkstoff **Methylphenidat**, (Hartkapseln mit veränderter Wirkstofffreisetzung mit unterschiedlichen sofort und verzögert freisetzenden Wirkstoffanteilen (zum Beispiel 50%/50% und 30%/70%) dürfen nicht gegeneinander ersetzt werden.) wurde neu aufgenommen

Anlage XII

Nutzenbewertungsverfahren

- Alirocumab – Anwendungsgebiet: Hypercholesterinämie, ≥ acht bis 17 Jahre – Kombinationstherapie
- Atidarsagen autotemcel – Anwendungsgebiet: Metachromatische Leukodystrophie mit biallelischer Mutation im ARSA-Gen – Änderung der Befristung der Geltungsdauer
- Avapritinib – Anwendungsgebiet: indolente systemische Mastozytose (ISM)
- Axicabtagen Ciloleucel – Anwendungsgebiet: Follikuläres Lymphom, nach ≥ drei Vortherapien – Aufhebung der Befristung der Geltungsdauer

- Axicabtagen Ciloleucel – Anwendungsgebiet: Diffus großzelliges B-Zell-Lymphom und primär mediastinales großzelliges B-Zell-Lymphom, nach mindestens zwei Vortherapien – Aufhebung der Befristung der Geltungsdauer
- Baricitinib – Anwendungsgebiet: Polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis, RF+ oder RF– polyartikulär und erweitert oligoartikulär, \geq zwei Jahre
- Baricitinib – Anwendungsgebiet: juvenile Psoriasis-Arthritis, \geq zwei Jahre
- Baricitinib – Anwendungsgebiet: atopische Dermatitis, \geq zwei bis < 18 Jahre
- Baricitinib – Anwendungsgebiet: Enthesitis-assoziierte Arthritis, \geq zwei Jahre
- Belantamab-Mafodotin – Aufhebung des Beschlusses vom 5. Oktober 2023
- Brolucizumab – Neubewertung nach Fristablauf – Anwendungsgebiet: Neovaskuläre altersabhängige Makuladegeneration
- Cannabidiol – Neubewertung eines Orphan Drugs nach Überschreitung der 30 Millionen Euro Grenze – Anwendungsgebiet: Dravet-Syndrom, \geq zwei Jahre, Kombination mit Clobazam) – Kombinationstherapie
- Cannabidiol – Neubewertung eines Orphan Drugs nach Überschreitung der 30 Millionen Euro Grenze – Anwendungsgebiet: Lennox-Gastaut-Syndrom, \geq zwei Jahre, Kombination mit Clobazam – Kombinationstherapie
- Cannabidiol – Neubewertung Orphan > 30 Millionen – Anwendungsgebiet: Krampfanfälle im Zusammenhang mit Tuberöser Sklerose, \geq zwei Jahre – Kombinationstherapie
- Daratumumab – Neubewertung nach Fristablauf – Anwendungsgebiet: Multiples Myelom, Erstlinie, Stammzelltransplantation ungeeignet, Kombination mit Bortezomib, Melphalan und Prednison
- Dimethylfumarat – Anwendungsgebiet: schubförmig remittierende Multiple Sklerose, \geq 13 Jahre – Aufhebung der Befristung der Geltungsdauer
- Dostarlimab – Anwendungsgebiet: primär fortgeschrittenes oder rezidivierendes Endometriumkarzinom mit dMMR/ MSI-H, Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel
- Durvalumab – Anwendungsgebiet: hepatozelluläres Karzinom, Erstlinie, Monotherapie
- Elacestrant – Anwendungsgebiet: Mammakarzinom, ER+, HER2-, mit ESR1-Mutation, nach mindestens einer Vortherapie
- Empagliflozin – Anwendungsgebiet: Diabetes mellitus Typ 2, \geq zehn bis \leq 17 Jahre – Kombinationstherapie
- Epcoritamab – Anwendungsgebiet: Diffus großzelliges B-Zell-Lymphom, nach \geq zwei Vortherapien
- Idecabtagen Vicleucel – Neubewertung eines Orphan Drugs nach Überschreitung der 30 Millionen Euro Grenze – Anwendungsgebiet: multiples Myelom, mindestens drei Vortherapien – Einstellung eines Verfahrens zur Nutzenbewertung
- Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor – Anwendungsgebiet: Zystische Fibrose, Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor, ab zwei bis \leq fünf Jahre (heterozygot bezüglich F508del- und Gating-Mutation)
- Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor – Anwendungsgebiet: Zystische Fibrose, Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor, ab zwei bis \leq fünf Jahre (heterozygot bezüglich F508del- und andere beziehungsweise unbekannte Mutation)
- Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor – Anwendungsgebiet: Zystische Fibrose, Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor, ab zwei bis \leq fünf Jahre (heterozygot bezüglich F508del- und RF-Mutation)
- Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor – Anwendungsgebiet: Zystische Fibrose, Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor, ab zwei bis \leq fünf Jahre (heterozygot bezüglich F508del- und MF-Mutation)
- Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor – Anwendungsgebiet: Zystische Fibrose, Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor, ab zwei bis \leq fünf Jahre (homozygot bezüglich F508del-Mutation)
- Lanadelumab – Anwendungsgebiet: hereditäres Angioödem, Prophylaxe, zwei bis < zwölf Jahre
- Lebrikizumab – Anwendungsgebiet: Atopische Dermatitis, \geq zwölf Jahre
- Letermovir – Anwendungsgebiet: CMV-Erkrankung, Prophylaxe nach Nierentransplantation
- Letermovir – Neubewertung eines Orphan-Drugs nach Überschreitung der 30 Millionen Euro Grenze – Anwendungsgebiet: CMV-Reaktivierung/Erkrankung, Prophylaxe nach Stammzelltransplantation
- Melphalanflufenamid – Anwendungsgebiet: Multiples Myelom, refraktär, nach zwei Vortherapien, in Kombination mit Dexamethason – Einstellung eines Verfahrens zur Nutzenbewertung
- Midostaurin – Neubewertung eines Orphan Drugs nach Überschreitung der 30 Millionen Euro Grenze – Anwendungsgebiet:

- akute myeloische Leukämie (AML), FLT3-Mutation
- Midostaurin – Neubewertung eines Orphan Drugs nach Überschreitung der 30 Millionen Euro Grenze – Anwendungsgebiet: systemische Mastozytose
 - Niraparib/Abirateronacetat – Anwendungsgebiet: Prostatakarzinom, metastasiert, kastrationsresistent, BRCA1/2-Mutationen, Chemotherapie nicht klinisch indiziert, Kombination mit Prednis(ol)on
 - Nivolumab – Anwendungsgebiet: Karzinom des Ösophagus oder gastroösophagealen Übergangs, vorbehandelte Patienten, adjuvante Therapie – Änderung der Befristung der Geltungsdauer
 - Palopegteriparatid – Anwendungsgebiet: Chronischer Hypoparathyreoidismus, Parathormon (PTH)-Substitutionstherapie
 - Patisiran – Neubewertung eines Orphan Drugs nach Überschreitung 30 Millionen Euro Grenze – Anwendungsgebiet: Hereditäre Transthyretin-Amyloidose mit Polyneuropathie (Stadium 1 oder 2)
 - Pembrolizumab – Anwendungsgebiet: Adenokarzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs, PD-L1-Expression ≥ 1 , HER2+, Erstlinie, Kombination mit Trastuzumab und Fluoropyrimidin- und Platin-basierter Chemotherapie
 - Pembrolizumab – Anwendungsgebiet: Biliäre Tumore, Erstlinie, Kombination mit Gemcitabin und Cisplatin
 - Pembrolizumab – Änderung Anwendungsgebiet: Karzinom des Ösophagus oder gastroösophagealen Übergangs, PD-L1-Expression ≥ 10 (CPS), Erstlinie, Kombination mit Platin- und Fluoropyrimidin-basierter Chemotherapie
 - Neues Anwendungsgebiet: Adenokarzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs, PD-L1-Expression ≥ 1 , HER2-, Erstlinie, Kombination mit Fluoropyrimidin- und Platin-basierter Chemotherapie
 - Polatuzumab Vedotin – Neubewertung eines Orphan Drugs nach Überschreitung der 30 Millionen Euro Grenze – Anwendungsgebiet: Diffus großzelliges B-Zell-Lymphom, Kombination mit Rituximab, Cyclophosphamid, Doxorubicin und Prednison (R-CHP); Erstlinie
 - Polatuzumab Vedotin – Neubewertung eines Orphan Drugs nach Überschreitung der 30 Millionen Euro Grenze – Anwendungsgebiet: rezidivierendes oder refraktäres diffus großzelliges B-Zell-Lymphom
 - Relugolix/Estradiol/Norethisteronacetat – Anwendungsgebiet: Endometriose, nach medikamentöser oder chirurgischer Behandlung
 - Rucaparib – Anwendungsgebiet: Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primäres Peritonealkarzinom, Erhaltungstherapie nach Erstlinientherapie
 - Somapacitan – Anwendungsgebiet: Wachstumsstörung durch Wachstumshormonmangel, \geq drei bis $<$ 18 Jahre; Wachstumshormonmangel bei Erwachsenen
 - Tebentafusp – Neubewertung Orphan $>$ 30 Millionen – Anwendungsgebiet: Uveales Melanom, HLA-A*02:01-positiv
 - Tirzepatid – Anwendungsgebiet: Diabetes mellitus Typ 2 – Kombinationstherapie
 - Trastuzumab deruxtecan – Anwendungsgebiet: nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom, HER2 (ERBB2)-Mutation, vorbehandelt
 - Vosoritid – Anwendungsgebiet: Achondroplasie, \geq vier Monate bis $<$ zwei Jahre
 - Zanubrutinib – Anwendungsgebiet: follikuläres Lymphom, nach \geq zwei Vortherapien, Kombination mit Obinutuzumab – Kombinationstherapie

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

Heilmittel-Richtlinie – 1. Oktober 2024

Lymphdrainage

Manuelle Lymphdrainage wird flexibler verordnet werden können. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie geändert, die bislang für die Auswahl der Therapiezeit (Dauer einer Behandlung) zugrunde gelegt wurden. Die neue Systematik richtet sich künftig vor allem nach dem Stadium des Lymphödems, weniger nach der Zahl der zu behandelnden Körperteile. Sie können Manuelle Lymphdrainage dann aber auch ohne die Angabe der Therapiezeit verordnen. In diesem Fall entscheidet der Therapeut, ob angesichts des jeweiligen Stadiums des Lymph- oder Lipödems und der Anzahl der betroffenen Körperteile 30, 45 oder 60 Minuten Therapiezeit erforderlich sind.

Langfristiger Heilmittelbedarf

Der G-BA hat beschlossen, zum 1. Oktober 2024 zwei weitere Indikationen aus dem Bereich der interstitiellen Lungenkrankheiten in die Diagnoseliste aufzunehmen.

Ergänzung der Diagnoseliste zum 1. Oktober 2024

ICD-10-Code: J84.10

Diagnose: Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Fibrose, ohne Angabe einer akuten Exazerbation
Diagnosegruppe/Physiotherapie: AT

ICD-10-Code: J84.80

Diagnose: Sonstige näher bezeichnete interstitielle Lungenkrankheiten, ohne Angabe einer akuten Exazerbation
Diagnosegruppe/Physiotherapie: AT

In Anlage 3 zur HeilM-RL „Anforderungen zur Änderung von Heilmittelverordnungen“ werden in Zeile „i“, Spalte „Angaben auf der Verordnung“ die Wörter „und *Diagnosegruppen UI1 und UI2 der podologischen Therapie*“ eingefügt.

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

Digitale Gesundheits- anwendungen (DiGA)

Anforderungskatalog

Praxen, die DiGA mit ihrer Praxissoftware verordnen, müssen spätestens ab 1. Oktober 2024 ein zertifiziertes Produkt verwenden. Die Software-Hersteller haben den Anforderungskatalog für DiGA erhalten und sind aufgerufen, diesen verbindlich bis zum 1. Oktober 2024 umzusetzen und ihre Verordnungssoftware durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zertifizieren zu lassen. DiGA-Verordnungssoftware, die bereits von der KBV zertifiziert wurde, darf auch schon vor 1. Oktober 2024 eingesetzt werden. Über Inhalte des Anforderungskatalogs informieren wir in unserem „Verordnung Aktuell“ ausführlich.

GOP 86700 für vorläufige DiGA Vergütung angehoben

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben sich darauf verständigt, die Bewertung der Pauschale 86700 von 7,12 € auf 7,64 € anzuheben.

Fachgruppe gestrichen

Da derzeit keine DiGA für Kinder und Jugendliche vorläufig im Verzeichnis stehen, wurden die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung aus der Liste der berechnungsfähigen Fachgruppen gestrichen.

Neue GOP 01478 für die DiGA „Kranus Lutera“

Die DiGA „Kranus Lutera“ richtet sich laut Verzeichnis des Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) an Männer mit Blasenentleerungsstörungen. Zum 1. Juli werden die Abrechnungs- und Vergütungsbestimmungen im EBM für die DiGA „Kranus Lutera“ zur Behandlung der unteren Harnwege bei Männern angepasst.

eRezept – eine wirtschaftliche Verordnung ausstellen

Damit wird für diese DiGA eine neue GOP in den Abschnitt 1.4 des EBM aufgenommen:

- Die **GOP 01478** als Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA „Kranus Lutera“ ist einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig und mit 64 Punkten bewertet.
- Folgende Fachgruppen können die GOP 01478 abrechnen: **Hausärzte, Internisten ohne Schwerpunkt, Nephrologen, Neurologen und Urologen.**

Die Details entnehmen Sie bitte dem „Verordnung Aktuell“.

DiGA „companion patella“ – Höchstalter der Patienten angehoben

Ab dem 1. Juli 2024 kann die DiGA „companion patella“ Versicherten im Alter von 14 bis einschließlich 65 Jahren verordnet werden (bisher durfte der Patient höchstens 64 Jahre alt sein).

Der Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 721. Sitzung wurde auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. 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

Eine namentliche Verordnung beziehungsweise Produktverordnung korreliert besser mit den technischen Umsetzungserfordernissen des eRezepts.

Solange die Verordnung eines Arzneimittels in der Vergangenheit auf einem Papierrezept (Muster 16) erfolgte, galt folgende Empfehlung:

- Auswahl eines möglichst preisgünstigen Arzneimittels, im Idealfall eines Generikums mit bestehendem Rabattvertrag oder
- Tätigkeit einer reinen Wirkstoffverordnung ohne Herstellerangabe.

Dieser Grundsatz wird durch die technische Umsetzung des eRezepts auf folgende Empfehlung komprimiert:

- Auswahl eines preisgünstigen Arzneimittels unter Nennung eines konkreten Herstellers – und dies nach wie vor idealerweise als Generikum mit Rabattvertrag.
- Grundsätzlich galt und gilt zusätzlich, dass hierbei das aut-idem Kreuz nur ausnahmsweise in medizinisch begründeten Einzelfällen gesetzt werden sollte.

Die reine Wirkstoffverordnung im Freitextfeld führt bei der technischen Umsetzung im eRezept dazu, dass unter anderem die vom Verordner hinterlegten Angaben in der Apotheke nicht mehr zweifelsfrei lesbar sind. Dies führt zur obigen Änderung der bisherigen Empfehlung.

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

Reha-Sport und Funktionstraining – Genehmigung

Die von Patienten durch Vorlage der vertragsärztlichen Verordnung beantragten Leistungen bedürfen der Genehmigung durch die Krankenkasse. Diese Genehmigung der Krankenkasse ist vor Beginn des Rehabilitationssports beziehungsweise des Funktionstrainings (auch bei Folgeverordnungen) durch den Patienten einzuholen. Mit Hilfe des Musters 56 können Sie zum Antrag des Patienten Stellung nehmen.

Ausnahme: Die AOK Bayern verzichtet seit 1. Januar 2024 – vorerst befristet bis 31. Dezember 2025 – auf die Genehmigung von Muster-56-Vordrucken im Bereich Reha-Sport und Funktionstraining. Dies gilt für alle Erst- und Folgeverordnungen, bei denen die erste Leistung ab dem 1. Januar 2024 erbracht wird. Bis dahin genehmigte Verordnungen laufen unverändert weiter. Die Verbände der Leistungserbringer sowie die anerkannten Rehasport-/Funktionstrainingsgruppen wurden durch die AOK Bayern informiert.

Die ärztliche Verordnung (Muster 56) muss damit vor Antritt der Maßnahme nicht mehr bei der AOK Bayern vorgelegt werden. Patienten können sich direkt nach Erhalt der Verordnung an eine anerkannte Rehasport-/Funktionstrainingsgruppe wenden und die Maßnahme unter Vorlage des Musters 56 beginnen.

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

RSV-Antikörper – Prävention

Nachdem der Respiratorische-Synzytial-Virus Antikörper Nirsevimab/Beyfortus® seit September 2023 auf dem Markt verfügbar ist, hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) seinen bisherigen Therapiehinweis zum RSV-Antikörper Palivizumab/Synagis® angepasst. Die Inhalte sowie den Verordnungsumfang entnehmen Sie bitte dem ausführlichen „Verordnung Aktuell“.

Zusätzlich gibt es eine STIKO-Empfehlung zur RSV-Prophylaxe bei Neugeborenen mit dem Wirkstoff Nirsevimab. Hierzu stellt der G-BA klar, dass ein Leistungsanspruch nicht durch die Schutzimpfungsrichtlinie geregelt werden kann. Es steht derzeit noch nicht fest, über welchen Weg die Versorgung Ihrer Patienten erfolgen wird.

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

Pflegefachkräfte

Seit Oktober 2022 ist die sogenannte Blankoverordnung im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege möglich. Das heißt, es können entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens für bestimmte Leistungen der häuslichen Krankenpflege selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer bestimmen.

Das entsprechende Verordnungsfomular ist seit 1. Juli 2024 gemäß dem genannten Beschluss angepasst. Die wichtigsten Änderungen des Muster 12 lesen Sie in unserem „Verordnung Aktuell“ zum Thema „Häusliche Krankenpflege – Befugnisse für Pflegefachkräfte und Blankoverordnung“.

Da es sich um eine Stichtagsregelung handelt, dürfen bisher verwendete Formulare nicht aufgebraucht werden.

Wir haben erfahren, dass die Blankoverordnung für häusliche Krankenpflege vielfach noch nicht möglich ist. Stellen Sie deshalb Blankoverordnungen für häusliche Krankenpflege vorerst nur aus, wenn sichergestellt ist, dass Pflegedienste diese auch annehmen können. Andernfalls entscheiden Sie bei allen Maßnahmen selbst über Häufigkeit und Dauer. Grund sind noch fehlende Verträge zwischen Pflegedienstverbänden und gesetzlichen Krankenkassen auf Landesebene.

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

Verordnungsfähigkeit von Alirocumab

Unser „Verordnung Aktuell“ zur Verordnungsfähigkeit von Alirocumab wurde von uns um folgende Information aus der Arzneimittel-Richtlinie ergänzt:

„Einleitung und Überwachung der Therapie mit Alirocumab ist nicht erlaubt durch oben genannte Fachärztinnen und -ärzte, die eine Zulassung für die hausärztliche Versorgung innehaben und als solche niedergelassen sind. Folgeverordnungen können im hausärztlichen Bereich, zum Beispiel auch durch Fachärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin erfolgen.“

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

Patientenhinweise

Die beiden Patientenhinweise

- „Ihre Ärztin beziehungsweise Ihr Arzt ist dem Wirtschaftlichkeitsgebot verpflichtet!“ und
- „Verordnung von Arzneimitteln für länger als drei Monate“ wurden um eine Information zur Mehrfachverordnung ergänzt.

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

Außerklinische Intensivpflege

Die Übergangsregelung zur Potenzialerhebung endet am 31. Dezember 2024. Ab 1. Januar 2025 ist vor der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege eine Erhebung des Potenzials zur Beatmungsentwöhnung oder zur Dekanülierung erforderlich.

Details rund um das Thema Verordnung einer außerklinischen Intensivpflege lesen Sie in unserem „Verordnung Aktuell“ zum Thema: „Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie“.

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

Podologie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seinem Beschluss klargestellt, dass sich die Behandlung mit einer Nagelkorrekturspange immer auf einen zu behandelnden Nagel bezieht. Demnach ist für jeden zu behandelnden Nagel eine separate Verordnung auszustellen.

Die im Heilmittelkatalog angegebene Höchstmenge je Verordnung bezieht sich dabei auf den jeweils zu behandelnden Nagel.

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

Neufassung der Arthroskopie-Vereinbarung zum 1. Oktober 2024

Die bundesweite Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß Paragraf 135 Absatz 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopie-Vereinbarung) wurde überarbeitet und tritt am 1. Oktober 2024 in Kraft.

Angepasst wurden insbesondere die Anforderungen an die fachliche Befähigung für die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung.

Ärzte, die vor dem 1. Oktober 2024 eine Genehmigung aufgrund der bisherigen Fassung der Arthroskopie-Vereinbarung erhalten haben, sind von den Änderungen nicht betroffen – sie behalten ihre Genehmigung.

Der Nachweis der fachlichen Befähigung (vergleiche Paragraf 3 in Verbindung mit Paragraf 5 Arthroskopie-Vereinbarung) richtet sich künftig nach den Gelenkkarten, die arthroskopisch behandelt werden sollen beziehungsweise danach, ob Erwachsene oder Kinder und Jugendliche behandelt werden sollen.

Wenn im Rahmen der fachlichen Befähigung zusätzlich eine Mindestanzahl an arthroskopischen Operationen nachzuweisen ist, müssen diese selbstständig unter Anleitung eines nach der Weiterbildungsordnung für die betreffende Leistung weiterbildungsbefugten Arztes oder im Rahmen einer fachärztlichen Tätigkeit erbracht worden sein (vergleiche Paragraf 3 Absatz 5 Arthroskopie-Vereinbarung).

1. Fachliche Befähigung für arthroskopische Leistungen an Knie, Schulter, Ellenbogen, Sprunggelenk, Fuß und Fußgelenk (und weitere, nachfolgend nicht genannte Gelenkarten) – vorzulegende Nachweise:

- a) Alternative 1: Urkunden zum Führen der Facharztbezeichnung **„Orthopädie und Unfallchirurgie“** und der Zusatzbezeichnung **„Spezielle orthopädische Chirurgie“**
- b) Alternative 2: Urkunden zum Führen der Facharztbezeichnung **„Orthopädie und Unfallchirurgie“** und der Zusatzbezeichnung **„Spezielle Unfallchirurgie“** und Zeugnis zu mindestens **25** durchgeführten arthroskopischen Operationen am **Kniegelenk** (davon mindestens zehn rekonstruktive Eingriffe) sowie **25** durchgeführten arthroskopischen Operationen am **Schultergelenk** (davon mindestens **zehn** rekonstruktive Eingriffe)
- c) Alternative 3: Urkunden zum Führen der Facharztbezeichnungen **„Orthopädie und Unfallchirurgie“**, **„Allgemeinchirurgie“** oder **„Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie“** und jeweils Zeugnis über mindestens **115** durchgeführte arthroskopische Operationen am **Kniegelenk** (davon mindestens **20** rekonstruktive Eingriffe) sowie **30** durchgeführte arthroskopische Operationen am **Schultergelenk** (davon mindestens **zehn** rekonstruktive Eingriffe)

2. Fachliche Befähigung für arthroskopische Leistungen an der Hüfte – vorzulegende Nachweise – zusätzlich zu den Nachweisen unter 1):

- a) Alternative 1: Urkunden zum Führen der Facharztbezeichnung „Orthopädie und Unfallchirurgie“ und der Zusatzbezeichnung „Spezielle orthopädische Chirurgie“
- b) Alternative 2: Urkunden zum Führen der Facharztbezeichnung „Orthopädie und Unfallchirurgie“ (gegebenenfalls mit Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“), „Allgemeinchirurgie“ oder „Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie“ und jeweils Zeugnis über mindestens 15 durchgeführte arthroskopische Operationen an der Hüfte

3. Fachliche Befähigung für arthroskopische Leistungen an den Handgelenken und Händen – vorzulegende Nachweise:

- a) Alternative 1: Urkunden zum Führen einer Facharztbezeichnung und der Zusatzbezeichnung „Handchirurgie“
- b) Alternative 2: Urkunden zum Führen der Facharztbezeichnung „Orthopädie und Unfallchirurgie“ (gegebenenfalls mit Zusatzbezeichnung „Spezielle orthopädische Chirurgie“ oder „Spezielle Unfallchirurgie“), „Allgemeinchirurgie“ oder „Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie“ und jeweils Nachweis der fachlichen Befähigung für die Gelenke unter 1) sowie jeweils Zeugnis über mindestens 20 diagnostische und therapeutische Arthroskopien

4. Fachliche Befähigung für arthroskopische Leistungen bei Kindern und Jugendlichen – vorzulegende Nachweise:

Urkunden zum Führen einer Facharztbezeichnung und der Zusatzbezeichnung „Kinder- und Jugend-Orthopädie“ und Nachweis über 20 erbrachte arthroskopischen Operationen bei Kindern und Jugendlichen

Der Nachweis der räumlichen Voraussetzungen für die Genehmigung erfolgt wie bisher im Rahmen der Genehmigungserteilung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zum ambulanten Operieren (vergleiche Paragraf 4 Arthroskopie-Vereinbarung). Einzelne weitere räumliche und apparative Voraussetzungen nach der Arthroskopie-Vereinbarung sind – ebenfalls wie bisher – im neuen Antragsformular zu bestätigen.

Die ab 1. Oktober 2024 gültigen Antragsformulare werden unter www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/qualitaetsversicherung/sonstige-verfahren unter „Arthroskopie“ eingestellt.

Die neue Arthroskopie-Vereinbarung kann unter <https://www.kvb.de/media/sp/Arthroskopie.pdf> abgerufen werden.

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

Elektronische Dokumentation gemäß oKFE-RL

Für die im Rahmen der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) geregelten Programme zur Früherkennung von Darmkrebs und Zervixkarzinomen ist eine elektronische Dokumentation der hierfür durchgeführten präventiven Leistungen Voraussetzung für die Abrechnung. Für jede Leistung ist der passende Dokumentationsbogen auszufüllen und an die Datenannahmestelle zu übermitteln.

Diese Dokumentationsbögen sollen möglichst quartalsweise übermittelt werden.

Für die Dokumentationen des Jahres 2024 gelten folgende Fristen:

- 1. Quartal:**
Einreichung bis 15. Mai
- 2. Quartal:**
Einreichung bis 15. August
- 3. Quartal:**
Einreichung bis 15. November
- 4. Quartal:**
Einreichung bis 28. Februar des Folgejahres

Korrekturen (für alle vier Quartale):
Einreichung bis 15. März des Folgejahres

Die elektronischen Dokumentationen können über das Mitgliederportal **Meine KVB** unter

- „Honorar & Abrechnung“ – „Abrechnung & Dokumentation hochladen“ oder unter
- „Qualität“ – „sQS und Krebsfrüherkennung“ hochgeladen werden.

Alternativ ist die Einreichung über **KV Connect** möglich.

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

Elektronische Dokumentation gemäß DeQS-RL

Im Rahmen der DeQS-Verfahren Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) und Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET) sind erbrachte Leistungen verpflichtend elektronisch zu dokumentieren und an die KVB als Datenannahmestelle zu übermitteln.

Für das Erfassungsjahr 2024 gelten für die Übermittlung der elektronischen Dokumentationen folgende Einreichungsfristen:

1. Quartal:

Einreichung bis 15. Mai

2. Quartal:

Einreichung bis 15. August

3. Quartal:

Einreichung bis 15. November

4. Quartal:

Einreichung bis 28. Februar des Folgejahres

Für die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI sind die Adress- und Behandlungsdaten aller in einem Monat behandelten Patienten weiterhin monatlich zum siebten Tag des Folgemonats zu übermitteln.

Die elektronischen Dokumentationen können über das Mitgliederportal **Meine KVB** unter

- „Honorar & Abrechnung“ – „Abrechnung & Dokumentation hochladen“ oder unter
- „Qualität“ – „sQS und Krebsfrüherkennung“ hochgeladen werden.

Alternativ ist die Einreichung über **KV Connect** möglich.

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

HIV-Präexpositionsprophylaxe: Änderung der Vereinbarung zur Prävention einer HIV-Infektion

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband haben die Vereinbarung über die HIV-Präexpositionsprophylaxe (HIV-PrEP) zur Prävention einer HIV-Infektion zum 1. Juli 2024 angepasst. Insbesondere wurden die Anforderungen an die fachliche Befähigung zum Erhalt der Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der HIV-PrEP reduziert.

Hintergrund

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz 2019 wurde die Übernahme der Kosten für Arzneimittel zur Vorbeugung einer Infektion mit dem HI-Virus für Menschen mit erhöhtem Ansteckungsrisiko von den gesetzlichen Krankenkassen eingeführt (Paragraf 20j SGB V).

Daraufhin haben die KBV und der GKV-Spitzenverband als Partner des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) den Kreis der Anspruchsberechtigten sowie die Voraussetzungen an die fachliche Befähigung der behandelnden Ärzte zur Durchführung der HIV-PrEP als neue Anlage 33 zum BMV-Ä vereinbart.

Um die Zahl der Ärztinnen und Ärzte mit einer Genehmigung zur Durchführung der HIV-PrEP zu erhöhen und damit bestehende Versorgungslücken zu schließen, wurden die Regelungen zur fachlichen Befähigung in der Vereinbarung HIV PrEP (Anlage 33 BMV-Ä) zum 1. Juli 2024 wie folgt angepasst beziehungsweise erleichtert:

Anpassungen der fachlichen Anforderungen ab 1. Juli 2024

Unverändert gilt die fachliche Befähigung für die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der HIV-PrEP als nachgewiesen, wenn

eine Genehmigung der KV nach der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids vorliegt (vergleiche Paragraf 4 Absatz 1 HIV-PrEP-Vereinbarung).

Für Ärztinnen und Ärzte, die eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der HIV-PrEP nach Paragraf 4 Absatz 2 HIV-PrEP-Vereinbarung beantragen (also nicht bereits über eine Genehmigung nach der QSV HIV/Aids verfügen), wurden folgende Erleichterungen beim Nachweis der fachlichen Befähigung eingeführt:

- Die **Dauer der geforderten Hospitation** in Präsenz in einer Einrichtung zur medizinischen Betreuung von HIV-PrEP-Patienten wurde von 16 auf **acht Stunden** reduziert (vergleiche Paragraf 4 Absatz 2 Buchstabe b Satz 1 HIV-PrEP-Vereinbarung). Die praktischen Inhalte der Hospitation wurden dabei konkretisiert und umfassen **mindestens folgende Kenntnisse**:
 - Prüfung der Indikation und Indikationsstellung zur HIV-PrEP einschließlich Kontraindikationen
 - umfassende Beratung zum Ablauf der medikamentösen HIV-PrEP, Prävention und Transmission von HIV und anderer sexuell übertragbarer Infektionen
 - weitere präventive Maßnahmen und Adhärenz, Strategien, Restrisiko, Risiken und Nebenwirkungen der Behandlung
 - Überprüfung des HIV- und Hepatitis-B-Status
 - Kontrolle und/oder Behandlung gegebenenfalls aufgetretener therapiebedingter Neben- und Wechselwirkungen

Zukünftig kann die Hospitation in **zwei zeitlich voneinander getrennten Modulen** angeboten werden und im **begründeten Einzelfall** können – unter der Berücksichtigung bestehender regionaler Versorgungsdefizite – **davon vier Stunden** online erfolgen.

Gleichzeitig entfallen die Konkretisierungen der Voraussetzungen an die ambulante Einrichtung, in der eine Hospitation erfolgen kann (vergleiche Paragraf 4 Absatz 2 Buchstabe b Sätze 2 und 3 HIV-PrEP-Vereinbarung).

- Der Nachweis von fachlicher Kompetenz durch die **Präsenz bei der Behandlung** wurde von mindestens 15 auf **mindestens sieben Personen** mit HIV-PrEP reduziert (vergleiche Paragraf 4 Absatz 2 Buchstabe c HIV-PrEP-Vereinbarung).
- **Theoretische Kenntnisse** im Bereich HIV/Aids, HIV-PrEP und sexuell übertragbare Infektionen durch die Erlangung von acht Fortbildungspunkten innerhalb von einem Jahr vor Antragstellung können nun **auch durch Online-Fortbildungsmaßnahmen** erworben werden (vergleiche Paragraf 4 Absatz 2 Buchstabe d Satz 2 HIV-PrEP-Vereinbarung).

Anpassungen der Auflage zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung

Zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung müssen Ärztinnen und Ärzte mit fachlicher Befähigung nach Paragraf 4 Absatz 2 HIV-PrEP-Vereinbarung zukünftig die selbstständige Betreuung von **jährlich**

durchschnittlich sechs Personen (statt bisher zehn) mit HIV-PrEP, beginnend mit der Genehmigungserteilung, nachweisen (vergleiche Paragraf 5 Absatz 3 HIV-PrEP-Vereinbarung). Der jährliche Erwerb von acht Fortbildungspunkten im Bereich HIV/Aids, HIV-PrEP und sexuell übertragbare Krankheiten kann zukünftig auch **durch Online-Fortbildungsmaßnahmen** erworben werden (vergleiche Paragraf 5 Absatz 4 HIV-PrEP-Vereinbarung).

Die angepasste Vereinbarung kann unter www.kbv.de in der Rubrik *Verträge/Bundemantelvertrag/Anlage 33 – HIV-Präexpositionsprophylaxe* abgerufen werden.

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

Seminar des Monats für Praxisinhaber und Niederlassungswillige

Gründer- /Abgeberforum – Präsenz-Seminare

Zielgruppe

- Vertragsärztinnen und -ärzte
- Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten
- Gründungsinteressierte Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten

Inhalt

Egal, ob Sie eine eigene Praxis an den Start bringen oder Ihr Lebenswerk in „gute Hände“ übergeben wollen: Ihr Vorhaben erfordert eine systematische Vorbereitung. In unserem Gründer-/Abgeberforum erhalten Sie wichtige Tipps für Ihren Ein- oder Ausstieg. Wir geben Ihnen einen konkreten Leitfaden an die Hand und vermitteln wesentliche Aspekte aus Vertragsarztrecht, BWL und Steuerrecht.

Nutzen Sie vor Ort die Chance zum Dialog – tauschen Sie sich aus und knüpfen Sie wertvolle Kontakte. Im Idealfall finden Sie sogar Ihre Wunschkandidatin oder Ihren Wunschkandidaten für eine Praxisübernahme.

Themenschwerpunkte

Praxisgründung/-übernahme:

- Voraussetzungen und notwendige Schritte für eine Zulassung
- Rahmenbedingungen der Vertragsarztpraxis
- Finanzierung der Arztpraxis
- Steuerliche Themen der Praxisgründung
- Gesellschafts- und Zivilrechtliche Themen der Praxisgründung
- Fördermöglichkeiten

Praxisabgabe:

- Praxisabgabe aus zulassungsrechtlicher Sicht
- Steuerliche Themen der Praxisabgabe
- Gesellschafts- und Zivilrechtliche Themen der Praxisabgabe
- Stolpersteine bei der Praxisabgabe
- Praxisbewertung
- Gestaltungsmöglichkeiten zum schrittweisen Ausstieg

Referenten

- KVB-Mitarbeiterinnen und -mitarbeiter
- Fachleute für Rechts-, Steuer- und Finanzberatung

Fortbildungspunkte

BLÄK für Ärztinnen und Ärzte: 6 Punkte
 PTK-Bayern für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten: 7 Punkte

Teilnahmegebühr

kostenfrei

Seminardaten

Für vertragsärztlich und -psychotherapeutisch Tätige

11. September 2024	14.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
23. Oktober 2024	14.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
20. November 2024	14.00 bis 19.00 Uhr	Straubing

Für vertragsärztlich Tätige

21. September 2024	10.00 bis 15.00 Uhr	München
30. November 2024	10.00 bis 15.00 Uhr	München

Für vertragspsychotherapeutisch Tätige

10. Oktober 2024	14.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
------------------	---------------------	----------

