

Für den Arzt und das Praxisteam

I. Wichtige Hinweise/ Mitteilungen	2
1. Anwendung der Anlage 9 "Krisenfall-HVM" rückwirkend zum 01.04.2021	2
2. Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1	3
3. Vertrag "Willkommen Baby!" (DAK-Gesundheit) - Aktualisierung zum 01.07.2021	4
4. Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger: Gesetzliche Unfallversicherung - Hygienepauschale und Regelungen zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger	4
5. Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger: Gesetzliche Unfallversicherung - Beschlüsse der Ständigen Gebührenkommission zum 1. Juli 2021	5
II. Abrechnung	8
1. Bundesweite Corona-Sonderregelungen verlängert	8
2. Aufnahme von Hygienezuschlägen in den EBM	8
3. Zweitmeinung auch per Video möglich - Richtlinie um neue Indikation ergänzt	9
4. Abrechnung und Vergütung bei der digitalen Gesundheitsanwendung "vorvida"	10
5. Neue Leistungen für Infusionstherapie	10
6. Anti-Drug-Antikörper gegen Selbelipase alf	10
7. Ausstellung von Laboraufträgen/Laborüberweisungen	11
8. Aufnahme weiterer biomarkerbasierter Tests zum 1. Juli 2021 in den EBM	11
9. Elektronischer Medikationsplan	12
10. BSG-Urteil zu ambulanten Operationen: Leistungen innerhalb von 3 Tagen nach einer ambulanten Operation	13
11. LDR-Brachytherapie ab Juli EBM-Leistung	13
12. Kryokonservierung von Ei- oder Spermazellen oder Keimzellgewebe	14
III. Beratung/Verordnung/Projekte	17
1. Veröffentlichung der Ständigen Arbeitsgruppe	17
2. Das Elektronische Rezept kommt!	17
IV. Personal	19
1. Seminarangebot ab 2021	19
V. Versorgungsqualität und Patientensicherheit	20
1. Verlängerung der befristeten Sonderregelung zur transurethralen Therapie mit Botulinumtoxin: Nachweis der CME-Punkte	20
VI. Allgemeine Hinweise	21
1. Umstellung der KVS-Fax-News auf Mailinformationen geplant	21
2. KVS-Patienten-Newsletter neu aufgelegt	21
3. Notfallformulare wurden überarbeitet	21

1. Anwendung der Anlage 9 „Krisenfall-HVM“ im zweiten Quartal 2021

Die Vertreterversammlung der KV Saarland hat im Rahmen ihrer Online-Sitzung am 09.06.2021 mit anschließender schriftlicher Beschlussfassung die Anwendung des „Krisenfall-HVM“ für das 2. Quartal 2021 beschlossen.

Anlage 9 „Krisenfall – HVM“

Der aktuell gültige HVM beinhaltet in seiner Anlage 9 „Krisenfall-HVM“ einen MGV-Schutzschirm, der in einem Pandemie-Quartal nach Beschluss der Vertreterversammlung der KV Saarland Anwendung finden kann. Die Anlage 9 wird wie schon im 1. Quartal 2021 auch im 2. Quartal 2021 mit folgenden Inhalten angewendet:

Es gelten die Vorgaben und Regelungen der Praxisbudgets.

Verzeichnet nach Anwendung der Praxisbudget-Systematik eine Praxis einen Honorarverlust von mehr als 10%, so werden auf Antrag der Praxis Kompensationszahlungen unter Beachtung der folgenden Eckpunkte geleistet:

Die Praxis muss im Vergleich zum Vorjahresquartal einen pandemiebedingten Fallzahlrückgang verzeichnen (Ein Fall reicht). Ist ein Vergleich mit dem Vorjahresquartal pandemiebedingt nicht möglich, so gelten als Vergleichsmaßstab die Fallzahlen des jeweiligen Vorvorjahresquartals.

Darüber hinaus muss die Praxis einen Rückgang des Gesamthonorars von mehr als 10% verzeichnen.

Sind beide Kriterien erfüllt, erhält die Praxis einen Ausgleich des MGV-Honorars auf 90% des Vorjahresquartals, maximal jedoch 90% des Gesamthonorars im Vorjahresquartal. Die erforderlichen Finanzmittel werden aus versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen für überproportionale Honorarverluste entnommen.

Ob die MGV-Schutzschirmregelung auch in den kommenden Quartalen gilt, entscheidet die Vertreterversammlung jeweils in den kommenden Sitzungen.

Die für das 2. Quartal geltende Anlage 9 finden Sie in der ab dem 01.01.2021 gültigen HVM-Fassungen auf der Homepage www.kvsaarland.de

Bei Fragen zum HVM stehen Ihnen unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Fachbereichs Honorar/Kostenträger gerne zur Verfügung:

Ansprechpartner:

Fachbereich Honorar/Kostenträger

✉: servicecenter@kvsaarland.de

2. Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1

Mit Wirkung zum 01.07.2021 wurden die Verträge zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V **Diabetes mellitus Typ 1** mit den Krankenkassen des Saarlandes überarbeitet.

Im Wesentlichen wurde die 21. Änderung der DMP-Anforderungs-Richtlinie (DMP-A-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (www.g-ba.de) aufgenommen, welche die Änderungen in der Anlage 7 (DMP DM 1) und der Anlage 8 (DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 – Dokumentation) vorgibt.

Unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/4142/> finden Sie den Beschlusstext des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie das Servicedokument mit den sichtbar eingearbeiteten Änderungen. Die wesentlichen Neuerungen sind:

- Solange keine problematischen Hypoglykämien auftreten, wird die normnahe Einstellung der Glukose bei einem HbA1C-Zielwert von $\leq 7,5$ % empfohlen.
- Bei der Insulintherapie ist die Vorrangigkeit der Anwendung von Human-Insulin gegenüber den Insulin-Analoga aufgehoben worden.
- Die Empfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen, z. B. rtCGM wurden gemäß aktueller Leitlinienempfehlungen angepasst.
- Diagnostische Handlungsempfehlungen zur Bestimmung des Schilddrüsenwertes TSH sowie der Transglutaminase - Autoantikörper bei Kindern und Jugendlichen, zur Risikoberatung bezüglich Hypoglykämien im Alltag und Straßenverkehr wurden erstmalig in das DMP aufgenommen.
- Besteht noch keine diabetische Nephropathie, ist statt der Albumin-Ausscheidung im Urin jetzt die Albumin-Kreatinin-Ratio (AKR) zu dokumentieren.
- Die Auswertung des Qualitätszieles hinsichtlich der jährlichen kompletten Untersuchung des Fußstatus ist obligat.
- Für Schulungs- und Behandlungsprogramme für Kinder und Jugendliche, die neu in das DMP aufgenommen werden sollen, müssen eine Evaluation und Publikation vorliegen. Schulungen, die bis zum 31. Dezember 2019 in den Verträgen zur Anwendung gekommen sind, können weitergeführt werden.

Des Weiteren wurde die **neue indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE)** als Anlage 8 und eine aktuelle Anlage 10 zur **Qualitätssicherung (Version 6.1)** in den Verträgen ausgetauscht, welche ab 01.07.2021 anzuwenden ist.

Die Verträge in der aktuellen Fassung sowie die angesprochene Protokollnotiz finden Sie in Kürze auf unserer Homepage unter:

Praxis → Verträge → Verträge der KVS → DMP-Verträge

Ansprechpartner:

Servicecenter ☎ 0681-998370

✉: servicecenter@kvsaarland.de

3. Vertrag „Willkommen Baby!“ (DAK-Gesundheit) – Aktualisierung zum 01.07.2021

Im Vertrag „Willkommen Baby“ mit der DAK-Gesundheit ist die Akupunkturleistung (GOP 98590) ab dem 01.07.2021 aufgrund einer Vorgabe des Bundesamtes für soziale Sicherung nicht mehr Bestandteil des Vertrages.

Außerdem wurde die Anlage 1 „Beitrittserklärung des Frauenarztes“, die Anlage 3 „Vergütung der ärztlichen Leistungen“, die Anlage 4 „Versicherteninformation“ und die Anlage 8 „Merkblatt zur Geburtsvorbereitung“ aktualisiert. Die Anlage 9 „Arztinformation“ wird neuer Bestandteil des Vertrages.

Die aktualisierten Anlagen finden Sie auf unserer Internetseite unter:

Praxis → Verträge → Verträge der KVS → „Willkommen Baby“

Ansprechpartner:

Servicecenter ☎ 0681-998370

✉: servicecenter@kvsaarland.de

4. Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger: Gesetzliche Unfallversicherung: Hygienepauschale und Regelungen zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger

In der Unfallversicherung wurden verschiedene Sonderregelungen erneut verlängert:

Einseitige Erklärung Covid-19-Pauschale für D-Ärzte

Dabei geht es zum einen um die im Mai 2020 vereinbarte Hygienepauschale für Durchgangsarzte, mit der sich die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung an den Mehraufwendungen für Infektionsschutz während der COVID-19-Pandemie beteiligen.

Diese Vereinbarung wird bis zum 31. Juli 2021 verlängert.

Zum Hintergrund: Die Hygienepauschale in Höhe von 4 Euro pro Behandlungstag erhalten Durchgangsarzte zusätzlich zu den Behandlungskosten für die ambulante Behandlung von Unfallverletzten. Sie kann als „Besondere Kosten“ mit der Bezeichnung „COVID-19-Pauschale“ mit jeder regulären Behandlungsabrechnung nach § 64 Absatz 1 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger abgerechnet werden.

Die Vergütungsregelung gilt rückwirkend seit dem 16. März 2020 und wurde bereits mehrfach verlängert, zuletzt bis zum 30. Juni 2021.

Befristete Vereinbarung für abweichende Regelungen vom Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger

Die abweichenden Regelungen zu Punkt 2 bis 4 vom Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger werden bis zum 30. September 2021 verlängert.

Zum Hintergrund: Vertragsärzte, beteiligte Ärzte sowie Psychotherapeuten können den Unfallverletzten per Videosprechstunde behandeln, um die Versorgung dieser Patienten sicherzustellen. Voraussetzung ist der Einsatz eines zugelassenen zertifizierten Videosystems. Für diese Arzt-Patienten-Kontakte kann die Nummer 1 UV-GOÄ abgerechnet werden, wobei eine entsprechende Kennzeichnung als Videobehandlung erfolgen muss. Die Regelung gilt rückwirkend seit dem 16. März 2020 und wurde bereits mehrfach verlängert, zuletzt bis zum 30. Juni 2021.

Auch Psychotherapeuten können entsprechend der Behandlungsziffern (P-Ziffern) Videosprechstunden abrechnen.

Ansprechpartner:

Dipl.-Kfm. Roland Laudwein

✉: servicecenter@kvsaarland.de

5. Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger: Gesetzliche Unfallversicherung: Beschlüsse der Ständigen Gebührenkommission zum 1. Juli 2021

Die Ständige Gebührenkommission nach § 52 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger hat am 14. April mehrere Änderungen beschlossen, die ab 1. Juli 2021 gelten. Diese betreffen die Gebührenordnung für Ärzte in der Unfallversicherung (UV-GOÄ) und den Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger

Übersicht der Änderungen

UV-GOÄ

Neue Nummer 35 Beurteilung und Bewertung von Schnittbildern und /oder Röntgenbildern durch den D-Arzt bei einem Durchgangsarztwechsel

Um zukünftig bei einem Durchgangsarztwechsel den Arbeitsaufwand in Zusammenhang mit der Sichtung und Auswertung anderweitig erstellter Röntgen- und Schnittbilder zu honorieren, hat die Gebührenkommission die Aufnahme der Gebührennummer 35 UV-GOÄ beschlossen.

Neue Nummer 36 Beurteilung und Bewertung von Schnittbildern des hinzugezogenen Radiologen durch den D-Arzt

Bei einem Befund, der von dem des Radiologen abweicht, kann der Durchgangsarzt ab 1. Juli 2021 durch die Aufnahme der Gebührennummer 36 UV-GOÄ die Beurteilung der Schnittbilder berechnen.

In den Leistungslegenden der neuen Gebühren sind eine Reihe von Klarstellungen und Gebührenausschlüssen aufgenommen worden, die zu Ergänzungen in anderen Gebührennummern geführt haben.

Neue Nummern 379a und 379b Vorbereitung der patienteneigenen Substanz im Rahmen der Allergologiediagnostik

Bisher ist in der Leistungslegende der Nummer 379 UV-GOÄ Testung mit patienteneigener Substanz die Vorbereitung der patienteneigenen Substanz aufgeführt. Diese wird zukünftig zur Erleichterung der Abrechnung durch die neuen Nummer 379a (ohne spezifische Aufbereitung) und Nummer 379b (mit spezifischer Aufbereitung) UV-GOÄ abgebildet.

Streichung Nummer 757

Die Nummer 757 ist gestrichen worden, da es hierfür keine praktischen Anwendungsbeispiele gibt und diese Gebühr fälschlicherweise bei der Behandlung der Berufskrankheit – BK 5103- angesetzt wurde.

Ergänzung des Formtextes F 1050

Infolge der Änderung des § 14 Vertrag Ärzte/UV-Träger mit Verpflichtung zur Dokumentation der Erstversorgung wird der Formtext F 1050 um ein weiteres Feld mit der Bezeichnung „Art der Erstversorgung“ ergänzt.

Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger

§ 21 Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln

In Absatz 2 ist eine Ergänzung im Hinblick auf die elektronischen Rezepte (E-Rezept) erfolgt.

Bei der Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln zulasten eines Unfallversicherungsträgers sind auf dem Arzneverordnungsblatt (Muster 16 der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung) oder dem elektronischen Rezept (E-Rezept) bei einem Arbeitsunfall:

- der Unfallversicherungsträger bzw. die Institutskennzeichnung des Unfallversicherungsträgers,
- eine Befreiung von der Zuzahlung bzw. Gebühr frei,
- der Unfalltag und der Unfallbetrieb

aufzunehmen.

Entsprechendes gilt bei einer Berufskrankheit wobei die Kennzeichnung „Berufskrankheit“ bei Muster 16 nicht erforderlich ist.

§ 203 Auskunftspflicht von Ärzten

In Absatz 2 ist die aktuelle Fassung des SGB VII übernommen worden. Dies betrifft die Unterrichtung des Versicherten aufgrund seines Auskunftsrechts über die übermittelten Angaben an die Unfallversicherung.

§ 58 Vereinbarte Formtexte

Hier ist durch einen neu eingefügten Satz klargestellt worden, dass die Formtexte bei der DGUV auf der Webseite unter „Download“ bereitstehen.

Inkrafttreten und Veröffentlichung

Diese Änderungen werden veröffentlicht und treten zum 1. Juli 2021 in Kraft.

Die UV-GOÄ und der Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger sowie weitere Informationen sind auf der Internetseite der KBV abrufbar (s. www.kbv.de/html/uv.php).

Ansprechpartner:

Dipl.-Kfm. Roland Laudwein

✉: servicecenter@kvsaarland.de

1. Bundesweite Corona-Sonderregelungen verlängert

Mehrere Sonderregelungen, die aufgrund der Corona-Pandemie beschlossen wurden und bis zum 30. Juni 2021 befristet sind, wurden um ein weiteres Quartal bis zum **30. September 2021** verlängert. Dazu zählen insbesondere die Regelungen zur Videosprechstunde, zur telefonischen Konsultation und zum Porto für Folgeverordnungen und Überweisungen.

Eine rückwirkende Verlängerung erfolgte bei der folgenden Regelung vom 1. April bis zum 30. September 2021:

Aufnahme GOP 02402 in die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung der Schwerpunktinternisten: Die GOP 13294, 13344, 13394, 13494, 13543, 13594, 13644 und 13694 sind auch bei Ansatz der GOP 02402 berechnungsfähig.

Bitte entnehmen Sie **alle** Verlängerungen der Corona-Sonderregelungen auf unserer Homepage unter Abrechnungsinformationen im Zusammenhang mit dem Coronavirus oder unter folgendem Link:

https://www.kbv.de/media/sp/Coronavirus_Sonderregelungen_Uebersicht.pdf

Ansprechpartner:

Servicecenter

☎ 0681-998370

✉: servicecenter@kvsaarland.de

2. Aufnahme von Hygienezuschlägen in den EBM

Im Ergebnis hat der EBA Eckpunkte zur Finanzierung der gestiegenen Aufwendungen im Zusammenhang mit den gestiegenen Anforderungen an die allgemeine Hygiene in den Vertragsarztpraxen beschlossen. Der finanzielle Mehrbedarf wird mit 98 Millionen Euro beziffert. In den EBM werden fachgruppenspezifische Hygienezuschläge als Zuschlag zu den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 10, 13, 15, 16, 18, 20, 26 und 27 sowie den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215 und 30700 durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt. Die Gebührenordnungspositionen (GOP) sind durch die KBV und den GKV-Spitzenverband im EBM auszugestalten. Zur Abbildung des finanziellen Mehrbedarfs sind die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV) insgesamt um den oben genannten Betrag zu erhöhen.

Für die Ärzteseite stellen diese Eckpunkte einen Schritt in die richtige Richtung dar. Die vereinbarte Erhöhung der MGV deckt zumindest in Teilen die aus den zusätzlichen grundlegenden Anforderungen an die allgemeine Hygiene aufgrund der Änderungen des Infektionsschutzgesetzes und der Landeshygieneverordnungen resultierenden Mehrkosten ab. Das nun vereinbarte zusätzliche Finanzvolumen bleibt aber hinter unseren Forderungen zurück. Die KBV prüft daher, wie zusätzliche spezifische Hygieneanforderungen in der vertragsärztlichen Versorgung abzubilden sind.

Ansprechpartner:

Servicecenter

☎ 0681-998370

✉: servicecenter@kvsaarland.de

3. Zweitmeinung auch per Video möglich - Richtlinie um neue Indikation ergänzt

Bislang erfolgte die Zweitmeinung während eines persönlichen Gesprächs vor Ort. Erfolgt die ärztliche Zweitmeinung nunmehr im Rahmen einer Videosprechstunde (Anlage 31b BMV-Ärzte), sind zu den jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen die Gebührenordnungspositionen 01444 (10 Punkte / 1,11 Euro) und 01450 (40 Punkte / 4,45 Euro) berechnungsfähig. Es gelten die gleichen Abrechnungsbestimmungen, wie sie für die Abrechnung der Videosprechstunde außerhalb des Zweitmeinungsverfahrens vorgesehen sind.

Zweitmeinung für fünf Indikationen

Mit der Ergänzung der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren um die Amputation bei diabetischem Fußsyndrom ist eine qualifizierte ärztliche Zweitmeinung bei insgesamt fünf Indikationen möglich: Gebärmutterentfernungen, Mandeloperationen, Schulterarthroskopien, Implantationen von Knieendoprothesen sowie künftig Amputationen beim diabetischen Fuß.

„Erstmeiner“ müssen über mögliche Zweitmeinung aufklären

Nunmehr können auch Fachärzte, die ihren Patienten zu einer Amputation beim diabetischen Fußsyndrom raten, die Gebührenordnungsposition 01645 (75 Punkte / 8,34) für die Aufklärung und Beratung abrechnen. Denn indikationsstellende Ärzte sind verpflichtet, Patienten vor einem solchen Eingriff über die Möglichkeit einer Zweitmeinung aufzuklären und nötige Unterlagen für den Zweitmeiner bereitzustellen.

Kennzeichnung:

Ärzte müssen alle Leistungen des Zweitmeinungsverfahrens bei der Abrechnung nach bundeseinheitlichen Vorgaben eingriffsspezifisch kennzeichnen. Für die Aufklärung und Beratung im Zusammenhang mit dem Zweitmeinungsverfahren zur Amputation bei Diabetischem Fußsyndrom durch den „Erstmeiner“ ist die neue bundeseinheitliche GOP 01645D vorgesehen.

Durch den „Zweitmeiner“ hat eine indikationsspezifische Kennzeichnung aller im Zweitmeinungsverfahren durchgeführten und abgerechneten Leistungen als Freitext im Feld freier Begründungstext (KVDT-Feldkennung 5009) mit dem Code 88200D zu erfolgen.

Die Vergütung erfolgt für alle Leistungen extrabudgetär - befristet bis Ende 2021.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Beschluss unter folgendem Link:

https://www.kbv.de/html/beschluesse_des_ba.php

Ansprechpartner:

Servicecenter

☎ 0681-998370

✉: servicecenter@kvsaarland.de

4. Abrechnung und Vergütung bei der digitalen Gesundheitsanwendung „vorvida“

Im Mai 2021 wurde „vorvida“ zur Anwendung bei Patienten mit schädlichem Alkoholkonsum oder Alkoholabhängigkeit dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM; vgl. § 139e SGB V) aufgenommen.

Die Versorgung mit „vorvida“ ist somit Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung und die Verordnung über die GOP 01470 des EBM berechnungsfähig. Für damit im Zusammenhang stehende ärztliche Leistungen besteht somit kein Anspruch auf Kostenerstattung nach § 87 Absatz 5c Satz 4 SGB V.

Ansprechpartner:

Servicecenter ☎ 0681-998370

✉: servicecenter@kvsaarland.de

5. Neue Leistung für Infusionstherapie

Eine neue Leistung für die Infusionstherapie mit Sebelipase alfa nach der GOP 02102 wird zum 1. Juli 2021 in den Abschnitt 2.1 des EBM aufgenommen.

Die GOP 02102 ist für Kinder- und Jugendärzte, die über eine Berechtigung zur Abrechnung der Abschnitte 4.4 und 4.5 EBM verfügen, sowie Internisten berechnungsfähig und mit 165 Punkten bewertet. Die Vergütung erfolgt zunächst außerhalb der MGV.

Ansprechpartner:

Servicecenter ☎ 0681-998370

✉: servicecenter@kvsaarland.de

6. Anti-Drug-Antikörper gegen Selbelipase alf

Unter einer Enzymersatztherapie mit Selbelipase alfa (Kanuma®) können sich spezifische Antikörper entwickeln und eine schwere Immunreaktion auslösen oder die therapeutische Wirkung kann ausbleiben. In diesen Fällen ist gemäß der Fachinformation eine Untersuchung auf Antikörper gegen Selbelipase alfa vorgesehen. Die Untersuchung dieser spezifischen Anti-Drug-Antikörper wird nach der GOP 32481 neu zum 1. Juli 2021 in den EBM aufgenommen und ist mit 28,70 Euro bewertet.

Die Vergütung der Leistung nach der Gebührenordnungsposition 32481 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen und wird ab dem 1. Juli 2023 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt.

Ansprechpartner:

Servicecenter ☎ 0681-998370

✉: servicecenter@kvsaarland.de

7. Ausstellung von Laboraufträgen/Laborüberweisungen

Gemäß BMV-Ä §24 Absatz 8 sind Überweisungen zur Durchführung von Leistungen der Abschnitte 11.4, 32.2 und 32.3 EBM, von entsprechenden Leistungen der Abschnitte 1.7 und 8.5 EBM und von Leistungen der Abschnitte 19.4 und 30.12.2 EBM nur als Auftragsleistung zulässig. Hierfür ist das Muster 10 zu verwenden.

Werden im Behandlungsfall oder Krankheitsfall vom Versicherten Leistungen der Abschnitte 11.4, 19.4, 30.12.2, 32.2 oder 32.3 und von entsprechenden Leistungen der Abschnitte 1.7 und 8.5 EBM bei demselben Vertragsarzt direkt oder auf eine Überweisung nach Muster 6 in Anspruch genommen, sind die Leistungen der oben genannten Abschnitte auf diesem Behandlungsschein und nicht auf Überweisung nach Muster 10 zu berechnen.

Abweichend von der genannten Regelung sind für die Untersuchungen der organisierten Krebsfrüherkennungs-Richtlinie nach den Gebührenordnungspositionen 01763 und 01767 das Muster 39 zu verwenden.

Ansprechpartner:

Servicecenter

☎ 0681-998370

✉: servicecenter@kvsaarland.de

8. Aufnahme weiterer biomarkerbasierter Tests zum 1. Juli 2021 in den EBM

Der G-BA hat am 15. Oktober 2020 die Aufnahme der biomarkerbasierten Tests EndoPredict®, MammaPrint® und Prosigna® zur Entscheidung für oder gegen eine adjuvante systemische Chemotherapie beim primären Mammakarzinom in die Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung beschlossen.

Diese neu für die vertragsärztliche Versorgung zugelassenen biomarkierbasierten Tests werden nun zum 1. Juli 2021 nach den GOP 19503 bis 19505 in den Abschnitt 19.4.5 EBM aufgenommen. Zudem ist hierfür ab dem 1. Juli zusätzlich die wissenschaftliche ärztliche Beurteilung komplexer krankheitsrelevanter tumor-genetischer Analysen nach der GOP 19402 in Abschnitt 19.4.1 EBM berechnungsfähig.

Mit dem vorliegenden Beschluss wird auch klargestellt, dass die Aufarbeitung einer Gewebeprobe nach der GOP 19501 (552 Punkte / 61,41 Euro) ausschließlich in Zusammenhang mit der Veranlassung des biomarkerbasierten Tests Oncotype DX® nach der GOP 19502 (3296,50 Euro) abgerechnet werden kann.

Bestimmte Voraussetzungen notwendig

Die Patientinnen müssen im ärztlichen Gespräch über den Test aufgeklärt worden sein. Zu den Fachgruppen, die die Test-Aufklärung durchführen dürfen, gehören Gynäkologen mit dem Schwerpunkt gynäkologische Onkologie, Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie Internisten oder Gynäkologen mit dem Nachweis der Zusatzweiterbildung „Medikamentöse Tumortherapie“. Bei Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung können auch Angehörige anderer Fachgruppen die Aufklärung übernehmen.

Ansprechpartner:

Servicecenter

☎ 0681-998370

✉: servicecenter@kvsaarland.de

9. Elektronischer Medikationsplan

Der elektronische Medikationsplan (eMP) ist eine Weiterentwicklung des bereits seit 2016 bestehenden bundeseinheitlichen Medikationsplans. Der eMP in digitaler Form auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) gespeichert. Während sich viele Anwendungen noch in der Entwicklung befinden, kann der eMP bereits genutzt werden.

Auf der eGK gespeichert

Ein eMP wird immer über das Praxisverwaltungssystem (PVS) angelegt – dazu benötigen Ärzte ein entsprechendes Software-Modul. Psychologische Psychotherapeuten können die Daten nur auslesen und für die Behandlung nutzen. Einmal auf der eGK abgelegt, können Ärzte die Daten des MP direkt in ihr PVS übertragen und sie bei Bedarf aktualisieren, wenn der Patient dem zustimmt. Zur Aktualisierung der Daten hat der Gesetzgeber nun nicht nur Hausärzte, sondern auch Fachärzte verpflichtet.

Freiwillige Anwendung für Patienten

Der eMP ist für Patienten freiwillig. Sie müssen sowohl beim Anlegen als auch bei jedem Auslesen, Aktualisieren und Speichern zustimmen. Anspruch auf einen eMP haben Versicherte, wenn sie mindestens drei systemisch wirkende, zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verschriebene Arzneimittel dauerhaft anwenden – dauerhaft heißt: (voraussichtlich) für einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen.

Technik für Praxen ist verfügbar

Um den eMP anlegen, lesen oder aktualisieren zu können, benötigen Praxen einen Anschluss an die Telematikinfrastruktur (TI) mit einem E-Health-Konnektor, der seit Sommer 2020 als Konnektor-Update verfügbar ist und ein entsprechendes PVS-Modul. Praxen erhalten eine Erstattung für die Technikkosten.

Vergütung des eMP

Für das Anlegen und Aktualisieren eines eMP erfolgt eine ärztliche Vergütung, die extra-budgetär gezahlt wird. Sie entspricht der Vergütung, die bereits für den bundeseinheitlichen Medikationsplan festgelegt wurde. Die Abrechnung erfolgt über die Gebührenordnungsposition (GOP) 01630.

Die genauen Details haben wir Ihnen auf dem KVS Merkblatt: „**Bundeseinheitlicher Medikationsplan**“ für die jeweilige Fachgruppe zusammengefasst. Das Merkblatt finden Sie auf unserer Internetseite im **Abrechnungshandbuch des Mitgliederbereiches**.

Ansprechpartner:

Servicecenter

☎ 0681-998370

✉: servicecenter@kvsaarland.de

10. BSG-Urteil zu ambulanten Operationen: Leistungen innerhalb von 3 Tagen nach einer ambulanten Operation

Aufgrund eines BSG-Urteils (Az.: B 6 KA 24/18 R) vom 13.05.2020 wird unsere Beregelung bzw. Bearbeitung dahingehend umgestellt, dass innerhalb von drei Tagen – ohne Vorliegen einer Ausnahmeindikation (Revisionen, Zweiteingriffe wegen Wundinfektionen etc.) - auch keine anderen ambulanten Operationen zusätzlich zur ursprünglichen OP abrechnungsfähig sind.

Neben einer ambulanten Operation sind in einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, keine anderen ambulanten Operationen zusätzlich zur ursprünglichen Operation abrechnungsfähig. (Präambel 31.2 Nr. 8 EBM)

Abweichend dazu können gemäß Präambel 2.1 Nr. 5 Anhang 2 zum EBM nur bei Revisionen und Zweiteingriffen wegen Wundinfektionen und postoperativen Komplikationen unter Angabe des Erst-OP-Datums, der auftretenden Komplikation und der ICD-Codierung (T79.3, T81.0 bis T81.7, T84.5 bis T84.7, T85.1 bis T85.8) weitere ambulante Operationen innerhalb von drei Tagen abgerechnet werden.

Ist bei malignen Erkrankungen eine Zweitoperation (Erweiterung des Eingriffs, Nachresektion) erforderlich, so ist diese mit dem ICD-Code Z48.8 gemeinsam mit dem ICD-Code des Malignoms zu kennzeichnen und kann ebenfalls abweichend zu der Präambel 31.2.1 Nr. 8 berechnet werden.

Die Umsetzung erfolgt ab dem 2. Quartal 2021.

Ansprechpartner:

Servicecenter

☎ 0681-998370

✉: servicecenter@kvsaarland.de

11. LDR-Brachytherapie ab Juli EBM-Leistung

Die Low-Dose-Rate-Brachytherapie zur Behandlung eines Prostatakarzinoms mit niedrigem Risikoprofil wurde in die Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung aufgenommen und kann ab 1. Juli über den EBM abgerechnet werden.

Zur Abbildung der interstitiellen LDR-Brachytherapie mit permanenter Seed-Implantation werden die Gebührenordnungsposition (GOP) 25335 und die GOP 25336 zur Abbildung der Postimplantationskontrolle und Nachplanung in den Abschnitt 25.3.3 im Kapitel 25 Strahlentherapie in den EBM aufgenommen. Die GOP sind von Strahlentherapeuten und Urologen berechnungsfähig, die über die für die LDR-Brachytherapie erforderliche Fachkunde verfügen und eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung haben.

Die anfallenden Sachkosten (implantierte Seeds, Implantationsnadeln etc.) im Zusammenhang mit der GOP 25335 werden nach den Nummern 7.3 und 7.4 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM auf Landesebene gesondert abgerechnet. In Abstimmung mit dem GKV-Spitzenverband gehen wir davon aus, dass die Krankenkassen die erforderlichen Sachkosten im Wege der Direktabrechnung begleichen.

Die Vergütung der neu aufgenommenen Leistungen erfolgt dauerhaft außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Beschluss unter folgendem Link:
<http://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>

Ansprechpartner:

Servicecenter

☎ 0681-998370

✉: servicecenter@kvsaarland.de

12. Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe

Die Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie werden ab 1. Juli 2021 über den EBM abgerechnet.

Gesetzlich Krankenversicherte haben demnach Anspruch auf die entsprechenden Leistungen, sofern die Kryokonservierung aufgrund einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie medizinisch notwendig erscheint, um spätere medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft vornehmen zu können. Der Anspruch besteht für weibliche Versicherte bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres und für männliche Versicherte bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres. Die Leistungen sind, anders als bei der künstlichen Befruchtung, zuzahlungsfrei.

Entsprechend der Richtlinie des G-BA zur Kryokonservierung (Kryo-RL) gehören zum Leistungsumfang der medizinischen Maßnahmen die Vorbereitung, Entnahme, Aufbereitung, der Transport, das Einfrieren, die Lagerung sowie das spätere Auftauen von Ei- oder Samenzellen sowie Keimzellgewebe.

Details zur Abbildung der Leistungen im EBM

Zum 1. Juli 2021 wird der Abschnitt 8.6 zur Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe mit folgenden GOP in den EBM aufgenommen.

Beratungsleistungen (auch im Rahmen der Videosprechstunde berechnungsfähig):

- GOP 08619 zur Abbildung der Erstberatung durch den die Grunderkrankung diagnostizierenden oder behandelnden Hausarzt, Kinder- und Jugendarzt oder Facharzt.
- GOP 08621 zur Abbildung der reproduktionsmedizinischen Beratung, Aufklärung zur Kryokonservierung und der dazugehörigen medizinischen Maßnahmen.

- GOP 08623 zur Abbildung der gegebenenfalls erforderlichen andrologischen Beratung bei männlichen Versicherten.

Zur Abbildung der Behandlung zur Gewinnung von Ei- oder Samenzellen werden die Leistungen nach den GOP 08535 und 08537 bis 08540 aus dem Abschnitt 8.5 Reproduktionsmedizin weitestgehend in-halts- und bewertungsgleich in den neuen Abschnitt 8.6 gespiegelt.

Neu aufgenommen wird die Untersuchung von Hodengewebe nach testikulärer Spermienextraktion vor Kryokonservierung nach der GOP 08641 sowie die Spermienpräparation aus Hodengewebe nach testikulärer Spermienextraktion nach Kryokonservierung nach der GOP 08648. Beide GOP sind jeweils je Material, bis zu achtmal berechnungsfähig.

Die Leistungen im Zusammenhang mit dem Einfrieren und Auftauen sind nach den GOP 08644 bis 08647 neu im EBM abgebildet.

Laborleistungen:

Die im Zusammenhang mit der Kryokonservierung nach Transplantationsgesetz erforderlichen Laborleistungen sind nach den GOP 32575K, 32614K, 32618K, 32660K, 32781K des Kapitel 32 EBM berechnungsfähig und mit dem **Suffix „K“** zu kennzeichnen. Die Laborleistungen nach den GOP 32354, 32356 und 32357 sind in der GOP 08635 (Stimulationsbehandlung) bereits enthalten und nicht gesondert berechnungsfähig.

Sachkosten:

Die Abbildung der Sachkosten für die Lagerung des Materials erfolgt über die Aufnahme folgender Kostenpauschalen in einem neuen Abschnitt 40.12 EBM:

- GOP 40700 als Kostenpauschale für die Lagerung, 68,00 Euro.
- GOP 40701 als Zuschlag für die Lagerung unter Quarantänebedingungen, 10,00 Euro.

Die Kostenpauschale 40701 ist nur im Falle eines bestätigten labordiagnostischen Befundes oder im Einzelfall unter Angabe einer Begründung auch bereits bis zum Vorliegen eines entsprechenden Befundes berechnungsfähig.

Für die Transportkosten wurde keine eigene Kostenpauschale, sondern eine Bestimmung in die Präambel 40.12 EBM aufgenommen, die eine gesonderte Abrechnung der Kosten für den Transport gemäß 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen EBM ermöglicht.

Als Partner des Bundesmantelvertrages werden KBV und GKV-Spitzenverband mit Wirkung zum 1. Juli 2021 noch begleitende Regelungen zur Abrechnung der Kostenpauschalen sowie für Übergangsfälle vereinbaren.

Vergütung:

Die Vergütung der neu aufgenommenen GOP der Abschnitte 8.6 und 40.12 EBM sowie **der Begleitleistungen**, die nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung zu kennzeichnen sind, erfolgt dauerhaft außerhalb der MGV.

Folgende Begleitleistungen sind im Zusammenhang mit der Kryokonservierung durch die Praxis mit dem Suffix „K“ zu kennzeichnen:

GOP 01510K bis 01512K, 02100K, 02341K, 05310K, 05340K, 05341K, 05350K, 08575K, 31272K, 31503K, 31600K, 31608K, 31609K, 31822K, 32575K, 32614K, 32618K, 32660K, 32781K, 33043K, 33044K, 33064K, 33090K, 36272K, 36503K und 36822K

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Beschluss auf der Internetseite der KBV:
https://www.kbv.de/html/beschluesse_des_ba.php

Ansprechpartner:

Servicecenter

☎ 0681-998370

✉: servicecenter@kvsaarland.de

1. Veröffentlichung der Ständigen Arbeitsgruppe

Da es vermehrt zu Fragen hinsichtlich der Verordnung von Cannabis und cannabinoidhaltigen Medikamenten kommt haben wir im Rahmen der Ständigen Arbeitsgruppe ein Informationsschreiben erarbeitet und möchten auf die Veröffentlichung aufmerksam machen.

Sie finden die Dokumente auf unserer Internetseite unter:

www.kvsaarland.de – Verordnung – Veröffentlichungen der Ständigen Arbeitsgruppe – 2021 - Verordnung von Cannabis und cannabinoidhaltigen Medikamenten

Ansprechpartner:

Tamara Brantzen	☎ 0681-998370	✉: beratung@kvsaarland.de
Lena Dörrenbächer	☎ 0681-998370	✉: beratung@kvsaarland.de
Verena Zimmer	☎ 0681-998370	✉: beratung@kvsaarland.de

2. Das Elektronische Rezept kommt!

Ab Juli startet das E-Rezept mit einer Testphase, ab dem 1. Januar 2022 sollen Vertragsärzt*innen sowie gesetzlich Versicherte das elektronische Rezept (eRezept) für apothekenpflichtige Arzneimittel nutzen – so sieht es der Gesetzgeber vor.

Fahrplan für die Einführung:

- 1. Juli 2021:** Start als freiwillige Anwendung **nur für Testteilnehmer*innen** in Berlin-Brandenburg
- 1. Oktober 2021:** bundesweit als **freiwillige** Anwendung, sofern die technischen Voraussetzungen vorhanden sind
- 1. Januar 2022:** **geplant** für **alle Vertragsärzt*innen** sowie deren Patient*innen

Voraussetzungen:

- eHBA 2.0 für die qualifizierte elektronische Signatur
- TI-Anbindung (mindestens mit E-Health-Konnektor, für Komfortsignatur mit ePA-Konnektor)
- PVS-Update
- Drucker mit Auflösung von 300dpi für den Tokenausdruck

Nach Einführung des eRezeptes soll das Papierrezept (Muster 16) als Rückfalloption erhalten bleiben und weiterhin zur Ausstellung von Verordnungen genutzt werden können, die nicht elektronisch übermittelt werden können. Die folgende Übersicht der KBV zeigt, für welche weiteren Verordnungen das eRezept ab dann möglich (aber nicht verpflichtend) ist:

Kategorie	Umsetzung	Ersatzverfahren/Alternative
apothekenpflichtige Arzneimittel zulasten der GKV	Pflicht	Papierrezept nur unter bestimmten Voraussetzungen (Technische Probleme, Haus- u. Heimbesuche, eHBA nicht verfügbar, Ersatzverfahren ohne Versichertennummer)
apothekenpflichtige Arzneimittel für Selbstzahler in der GKV	optional	Privatrezept ("blaues Rezept")
elektronische Empfehlung von apothekenpflichtigen Arzneimitteln	optional	"Grünes Rezept"
apothekenpflichtige Arzneimittel zulasten der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen	optional	Papierrezept Hinweis: Verfahren ist noch in Abstimmung

In folgenden Fällen sind zunächst keine eRezepte zulässig:

- BtM-Rezepte
- T-Rezepte
- Verordnung von sonstigen nach §31 SGB V einbezogenen Produkten (etwa Verbandmittel und Teststreifen)
- Verordnung von Hilfsmitteln
- Verordnung von Sprechstundenbedarf
- Verordnungen zu Lasten von Sonstigen Kostenträgern
- Verordnungen für GKV-Versicherte ohne Vorhandensein einer Versichertennummer (bei Erfassung der VSD im Ersatzverfahren)

Diese Verordnungen werden voraussichtlich in weiteren Ausbaustufen des eRezepts ermöglicht oder sogar verpflichtend.

Detail-Informationen zum eRezept finden Sie auf der Themenseite der KBV:

<https://www.kbv.de/html/erezept.php>

Ansprechpartner:

Tamara Brantzen
Lena Dörrenbächer
Verena Zimmer

☎ 0681-998370
☎ 0681-998370
☎ 0681-998370

✉: beratung@kvsaarland.de
✉: beratung@kvsaarland.de
✉: beratung@kvsaarland.de

1. Seminarangebot der KV Saarland

Für 2021 haben wir die folgenden Veranstaltungen geplant. Die Durchführung ist abhängig von der jeweils aktuellen Corona-Lage.

- Datenschutz in der Arztpraxis
- Umgang mit schwierigen Patienten (Ärzte)
- Konflikt- und Beschwerdemanagement für MFA
- Hautkrebsscreening
- Kommunikation für Praxispersonal

Das vollständige Seminarangebot finden Sie auf unserer Internetseite

<https://www.kvsaarland.de/seminarangebot>

Dort ist gleichzeitig gekennzeichnet, ob es sich um Veranstaltungen für Praxisinhaber und/oder für Praxispersonal handelt.

Um unser Seminarangebot weiterzuentwickeln und zukunftsorientiert noch interessanter zu gestalten, sind wir für Anregungen und Hinweise dankbar. Melden Sie sich gerne.

Fragen zu unseren Seminaren beantwortet Ihnen gerne:

Lena Westhofen ✉: personalentwicklung@kvsaarland.de

Caroline Lahr ✉: personalentwicklung@kvsaarland.de

1. Verlängerung der befristeten Sonderregelung zur transurethralen Therapie mit Botulinumtoxin: Nachweis der CME-Punkte

Der BA hat sich aufgrund der Corona-Pandemie auf eine Verlängerung der Sonderregelungen zur transurethralen Therapie mit Botulinumtoxin verständigt (zur Erteilung der KV-Genehmigung sind mindestens 4 CME-Punkte nachzuweisen, regulär 8). Die Sonderregelung wurde nun um ein weiteres Quartal bis zum 30. September 2021 verlängert. Wie bereits informiert war die Sonderregelung ursprünglich bis zum 30. Juni 2021 befristet.

Ansprechpartner:
Nicole Schneider

✉: qualitaetssicherung@kvsaarland.de

1. Umstellung der KVS-Fax-News auf Mailinformationen geplant

Damit Sie wichtige Informationen noch schneller von uns erhalten, werden wir mittelfristig – auch aus Datenschutzgründen – verstärkt von Fax- auf Mailkommunikation umstellen. Aus diesem Grund werden wir parallel ab Mitte Juli unsere Fax-Informationen zu nächst zusätzlich per E-Mail versenden.

Langfristig möchten wir den Faxversand abschaffen. Darüber hinaus arbeiten wir an weiteren Alternativen.

Für das Versenden der Mitteilungen werden wir die E-Mail-Adresse nutzen, die bei der KV Saarland im Arztregister hinterlegt ist. Sofern Sie uns bisher keine E-Mail-Adresse angegeben haben oder Ihre E-Mail-Adresse aktualisieren möchten, teilen Sie uns bitte dies unter folgender Mailadresse – formlos - mit: info@kvsaarland.de

Ansprechpartnerinnen:

Kerstin Kaiser/Anna Scholtes

✉: info@kvsaarland.de

2. KVS-Patienten-Newsletter neu aufgelegt

Wir haben unseren Patienten-Newsletter neu aufgelegt. Im Newsletter geben saarländische Ärztinnen und Ärzte interessante Tipps und Informationen zu verschiedenen Gesundheitsthemen.

Der Newsletter erscheint künftig wieder einmal pro Quartal und kann über unsere Internetseite abonniert und/ oder heruntergeladen werden. Natürlich können Sie auch auf unsere Internetseite verlinken:

<https://www.kvsaarland.de/kvs-patienten-newsletter>

3. Notfallformulare wurden überarbeitet

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin hat die beiden Notfallformulare „Patientenverfügung für eine Notfallsituation“ und „Dokumentation des Patientenwillens für eine Notfallsituation“ überarbeitet. Die aktualisierten Formulare stellen wir auch wieder auf unserer Internetseite zum Herunterladen bereit:

<https://www.kvsaarland.de/sonstiges> --> „Verfügungen für den Notfall“

Herausgeber: Kassenärztliche Vereinigung Saarland - Europaallee 7-9 - 66113 Saarbrücken - Körperschaft des öffentlichen Rechts
- Tel 0681 99 83 70 – Fax: 0681 99 83 71 40 - Mail info@kvsaarland.de - Web www.kvsaarland.de

Verantwortlich: Vorstand - Redaktion: Öffentlichkeitsarbeit

- Zuständige Aufsichtsbehörde: Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Dokument auf eine geschlechtsneutrale Differenzierung (z.B. Ärztinnen/ Ärzte) verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung. Wenn aus Gründen der Lesbarkeit nur die Gruppe der Ärzte genannt wird, ist hiermit selbstverständlich auch die Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten gemeint.