

Wichtige Informationen der Verwaltung – Amtliche Bekanntmachungen

**Ausgabe für den Arzt,
Psychotherapeuten
und Praxismitarbeiter**

RUNDSCHREIBEN JUNI 2020

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Inhalt - Aktuelle Bekanntmachungen und wichtige Informationen

- 3 **Abrechnung**
- 3 ■ Abrechnungsabgabe
- 3 ■ EBM-Änderungen - Hinweise
- 3 ■ GOP 01760
- 3 ■ Änderungen für Ärzte mit mehreren Gebietsbezeichnungen/Schwerpunktkompetenzen
- 4 ■ Neubewertung der GOP 01770 und GOP 01815
- 4 ■ Neue GOP 01799 für Aufklärung und Beratung einer Schwangeren
- 4 ■ Übermittlung von elektronischen Arztbriefen
- 5 ■ Kostenpauschalen für den Post- und Faxversand
- 7 ■ Neuerungen Psychotherapie
- 9 ■ Zweitmeinungsverfahren Schulterarthroskopie seit 20. Februar 2020
- 9 ■ Vakuumversiegelungstherapie
- 10 ■ Balneophototherapie künftig auch bei Neurodermitis möglich
- 10 ■ Zervixkarzinom-Früherkennung
- 11 **Finanzwesen**
- 11 ■ Terminübersicht Abschlagszahlungen
- 12 **Amtliche Bekanntmachungen**
- 12 ■ Änderungen der Honorarverteilung rückwirkend zum 1. Januar 2020
- 12 ■ Änderung der docdirekt-Richtlinie
- 13 ■ Beschlüsse des Landesausschusses
- 13 ■ Ausgeschriebene Vertragsarztsitze
- 14 ■ Änderung der Satzung der KVBW
- 14 ■ Änderung der Entschädigungsregelung der KVBW
- 15 **Qualitätssicherung & Verordnungen**
- 15 ■ Änderungen der Ultraschall-Vereinbarungen
- 16 ■ Änderung der Koloskopie-Vereinbarung zum 1. April 2020
- 16 ■ Änderung der Vereinbarung kurative Mammographie zum 1. April 2020
- 16 ■ PET/CT: Initiales Staging Non-Hodgkin-Lymphome
- 17 ■ Strahlendiagnostik und -therapie
- 17 ■ Psychotherapie-Vereinbarung
- 18 ■ Erweiterte Indikationen für Podologie ab 1. Juli 2020
- 19 ■ Öffentliche Ausschreibung der KV Baden-Württemberg (A)
- 19 ■ Sektorenübergreifende Qualitätssicherung – Pflicht zur quartalsweisen Datenlieferung für 2020 und Stellungnahmeverfahren ausgesetzt
- 20 ■ Stand Schutzausrüstung im Zusammenhang mit Covid-19
- 20 ■ Krankenbeförderung: Neues Verordnungsformular ab 1. Juli 2020
- 21 **Verträge & Richtlinien**
- 21 ■ Vertrag „Hallo Baby“
- 21 ■ Homöopathieverträge der AG Vertragskoordination
- 21 ■ Wiederverwendbare Endoskopieinstrumente werden auf Einwegprodukte umgestellt
- 23 **Verschiedenes**
- 23 ■ Wieso Updates so wichtig sind
- 24 ■ Praxisurlaub – Abwesenheits-/ Vertretermeldung (A)
- 25 **Service für Arzt und Therapeut**
- 25 ■ Ansprechpartner Niederlassung, Praxisservice, Verordnungen, IT in der Praxis, BWL-Beratung, Hilfe für Gesundheitstage & Helpline bei Krisen in der Praxis – wichtige Telefonnummern auf einen Blick
- 29 **Fortbildung**
- 29 ■ Die Angebote der Management Akademie (MAK)
- 30 ■ Fortbildungsprogramm VmF
- 31 **Anlagen**
- 31 ■ Abwesenheits-/Vertretermeldung (A)
- 32 ■ Öffentliche Ausschreibung

Abrechnungs- und Honorarberatung persönlich an allen Standorten

Ihre kompetenten Ansprechpartner der Abrechnungsberatung erreichen Sie telefonisch, auch zur Vereinbarung eines persönlichen Beratungstermins, unter
0711 7875-3397
abrechnungsberatung@kvbawue.de

Bitte beachten Sie:

Zu den mit (A) gekennzeichneten Artikeln liegen Anlagen bei.

Abrechnung

➔ Abrechnungsabgabe

Einreichungstermin für die Abgabe der Abrechnung für das **Quartal 2/2020** ist der

6. Juli 2020.

Dieser Termin gilt für die Übermittlung der Abrechnungsdatei und ebenso für die Sammelerklärung. Erst wenn beides bei uns eingegangen ist, gilt die Abrechnung als vollständig eingegangen.

Alle hierzu relevanten Informationen (inklusive der „Sammelerklärung“) finden Sie im Rückumschlag, der vorab gesondert an die Praxen gesandt wurde.

➔ EBM-Änderungen - Hinweise

- Die Leistungsbeschreibungen sind zusammengefasst beziehungsweise verkürzt angegeben. Es gelten die vom Bewertungsausschuss beschlossenen und im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Wortlaute.
 - **Eventuell derzeit gültige Sonderregelungen im Rahmen der Corona-Pandemie bleiben von den nachfolgenden Änderungen unberührt. Bitte achten Sie in diesem Zusammenhang auf aktuelle Veröffentlichungen auf unserer Homepage.**
-

➔ GOP 01760

Seit dem 1. April 2020 kann die klinische Untersuchung nach der GOP 01760 neben der Abklärungsdiagnostik nach der GOP 01764 am gleichen Behandlungstag abgerechnet werden.

Der bisher geltende Abrechnungsausschluss wurde aufgehoben.

➔ Änderungen für Ärzte mit mehreren Gebietsbezeichnungen/ Schwerpunktkompetenzen

Zum 1. April 2020 wurde unter 6.1 der Allgemeinen Bestimmungen die Regelung zur Abrechnungsfähigkeit der Versicherten-, Grund- beziehungsweise Konsiliarpauschale für Vertragsärzte mit mehreren Gebietsbezeichnungen oder Schwerpunktkompetenzen konkretisiert. Es wurde klargestellt, dass der Vertragsarzt im Behandlungsfall nur eine der genannten Pauschalen abrechnen darf – dies gilt auch für Ärzte mit erweiterter Zulassung und zwei lebenslangen Arztnummern.

➤ Neubewertung der GOP 01770 und GOP 01815 ab 1. April 2020 beim Gynäkologen

Mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 455. Sitzung zur EBM Weiterentwicklung wurde für die GOP 01770 eine Anmerkung zur ausschließlichen Berechnungsfähigkeit bei Vorliegen einer Schwangerschaft aufgenommen. Die Bewertungen der GOP 01770 (Betreuung einer Schwangeren) und 01815 (Untersuchung und Beratung der Wöchnerin) werden unter Berücksichtigung dieser Anmerkung angepasst.

GOP	Leistungsinhalt	Bewertung
01770	Betreuung einer Schwangeren gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien)	128,77 € 1172 Punkte
01815	Untersuchung und Beratung der Wöchnerin gemäß Abschnitt F.1. oder F.2. der Mutterschafts-Richtlinien	30,21 € 275 Punkte

➤ Neue GOP 01799 für Aufklärung und Beratung einer Schwangeren

Für Kinder- und Jugendärzte wurde im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftskonfliktgesetz zum 1. April eine neue extrabudgetär vergütete Leistung in den EBM aufgenommen.

Wenn nach einer Pränataldiagnostik eine körperliche oder geistige Gesundheitsschädigung des Kindes angenommen wird, haben Schwangere nach den Mutterschafts-Richtlinien und dem Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz) einen Anspruch auf ärztliche Aufklärung und Beratung.

GOP	Leistungsinhalt	Bewertung
01799	Beratung einer Schwangeren durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin gem. Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) <ul style="list-style-type: none">• je vollendete 5 Minuten• maximal 4-mal im Behandlungsfall	7,14 Euro 65 Punkte

➤ Übermittlung von elektronischen Arztbriefen (eArztbriefen)

Es gelten gemäß Vorgabe durch die Bundesebene ab 1. April 2020 und 1. Juli 2020 folgende Regelungen für die Vergütung: Die beiden GOPs 86900 und 86901 bleiben unverändert für den Versand und den Empfang eines eArztbriefes. Ab 1. April 2020 gilt für die beiden Pauschalen 86900 und 86901 ein gemeinsamer Höchstwert von 23,40 Euro je Quartal und Arzt.

Ab 1. Juli 2020 (vorerst begrenzt bis 30. Juni 2023) wird eine zusätzliche Pauschale durch die GOP 01660 mit der derzeitigen Bewertung von 10,99 ct (1 Punkt) für den **Versand** eines eArztbriefes eingeführt. Diese unterliegt nicht dem Höchstwert von 23,40 Euro und wird jedem Ansatz der GOP 86900 durch die KV hinzugefügt.

GOP	Leistungsinhalt	Bewertung
86900	Versand eines eArztbriefes	28 Cent
86901	Empfang eines eArztbriefes	27 Cent
01660	Zuschlag zu GOP 86900 Zufügung durch KV	10,99 Cent 1 Punkt extrabudgetär
	KIM-Pauschale	23,40 Euro je Quartal
	KIM-Einrichtungspauschale	100 Euro einmalig bei Nachweis

Zusätzlich erhalten alle Praxen ab 1. April 2020 eine pauschale Erstattung der laufenden Kosten des sicheren Übermittlungsdienstes KIM (Kommunikation im Medizinwesen) in Höhe von 23,40 Euro je Quartal (nicht zu verwechseln mit dem oben genannten Höchstwert) unabhängig davon, ob dieser Dienst in der Praxis bereits eingerichtet wurde oder nicht. Für die nachgewiesene Ersteinrichtung des Dienstes erhält die Praxis zusätzlich 100,00 Euro Einrichtungspauschale. Bis zur Einrichtung von KIM ist KV-Connect weiterhin nutzbar. Über das Verfahren zur Beantragung der Einrichtungspauschale werden wir gesondert informieren.

➤ **Kostenpauschalen für den Post- und Faxversand**

Sie wurde zum 1. Juli 2020 ebenfalls neu geregelt. Kostenerstattungen für die Anfertigung von Kopien entfallen. Die Porto- und Kopierkostenpauschalen 40120 bis 40126 und 40144 werden gestrichen. Porto z. B. für die postalische Versendung von Briefen wird zukünftig einheitlich je Brief durch die Kostenpauschale 40110, Faxe durch die Kostenpauschale 40111 erstattet. Beide Pauschalen unterliegen einem gemeinsamen arztgruppenspezifischen Höchstwert je Arzt und Quartal. Soll heißen: Die Bewertung der durch die Bundesebene vorgegebenen neuen GOPs richtet sich nach dem historischen Ansatz der bisherigen Portogebühren. Durch die Degression der Höchstwerte soll die komplette Digitalisierung des Berichtswesens umgesetzt werden. Da KIM nach Auskunft der KBV voraussichtlich erst zum 1. Januar 2021 mit der Möglichkeit aller eArztbriefe zu empfangen verfügbar sein wird, sind die auf Bundesebene vereinbarten Pauschalen für den postalischen Versand für Praxen mit großem Zuweiseranteil nicht ausreichend. Wir haben bei der KBV eine dringliche zeitnahe Nachbesserung angemahnt.

GOP	Leistungsinhalt	Bewertung
40110	Kostenpauschale für Versendung/Transport eines Briefes und/oder schriftlichen Unterlagen	0,81 Euro
40111	Kostenpauschale für Übermittlung eines Telefaxes	0,10 Euro Ab 01.07.2021: 0,05 Euro

Die arztgruppenspezifischen Höchstwerte je Arzt und Quartal für die GOP 40110 und 40111 gelten gemäß der folgenden Tabelle:

Arztgruppe	Höchstwerte in Euro		
	ab 01.07.2020	ab 01.07.2021	ab 01.07.2022
Ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser	34,83	23,49	5,67
Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten und praktische Ärzte	38,88	26,73	6,48
Kinder- und Jugendmedizin	38,88	26,73	6,48
Anästhesiologie	29,97	20,25	4,86
Augenheilkunde	42,12	29,16	7,29
Chirurgie	115,02	79,38	19,44
Gynäkologie	45,36	31,59	7,29
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	68,85	46,98	11,34
Dermatologie	53,46	36,45	8,91
Humangenetik	93,96	64,80	16,20
Innere Medizin			
ohne Schwerpunkt	198,45	136,89	34,02
Angiologie	239,76	165,24	41,31
Endokrinologie	294,03	202,50	51,03
Gastroenterologie	264,06	181,44	45,36
Hämatologie/Onkologie	278,64	191,97	47,79
Kardiologie	309,42	213,03	53,46
Nephrologie	126,36	86,67	21,87
Pneumologie	367,74	253,53	63,18
Rheumatologie	317,52	218,70	55,08
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	22,68	15,39	3,24
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	23,49	16,20	4,05
Neurologie, Neurochirurgie	149,04	102,87	25,92
Nuklearmedizin	405,81	279,45	69,66
Orthopädie	150,66	103,68	25,92
Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	108,54	74,52	18,63
Psychiatrie	51,84	35,64	8,91
Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie	141,75	98,01	24,30
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	5,67	4,05	0,81
Psychotherapie	6,48	4,05	0,81
Radiologie	445,50	306,99	76,95
Strahlentherapie	133,65	92,34	22,68
Urologie	140,94	97,20	24,30
Physikalische und Rehabilitative Medizin	73,71	51,03	12,15

➔ Psychotherapie

Mit dem EBM 2020 sowie weitergehenden Beschlüssen wurden einige Neuerungen in der Psychotherapie eingeführt.

Kurzzeittherapie

Seit 1. April werden die ersten zehn Sitzungen einer Kurzzeittherapie (KZT) im Schnitt um 15 Prozent besser vergütet. Dies gilt gemäß Bundesebene aber nur für Ärzte und Psychotherapeuten, die für die festgelegten Mindestsprechstunden (25 Stunden pro Woche bei vollem Versorgungsauftrag) für gesetzlich Versicherte tatsächlich zur Verfügung stehen. Diese Besservergütung erfolgt über Zuschläge zu den entsprechenden Gebührenordnungspositionen (GOPs) der Richtlinienpsychotherapie.

Die Zuschläge sind sowohl für die GOPs der KZT1 als auch der KZT2 insgesamt zehnmal im **Krankheitsfall** berechnungsfähig. Für Einzel- und Gruppentherapien stehen folgende GOPs zur Verfügung:

GOP	Leistungsinhalt	Bewertung
35591	Zuschlag zu den GOPs 35401, 35402, 35411, 35412, 35421, 35422 der Einzeltherapie	15,27 Euro 139 Punkte
35593	Zuschlag zu den GOPs 35503, 35523, 35543 der Gruppentherapie	15,16 Euro 138 Punkte
35594	Zuschlag zu den GOPs 35504, 35524, 35544 der Gruppentherapie	12,75 Euro 116 Punkte
35595	Zuschlag zu den GOPs 35505, 35525, 35545 der Gruppentherapie	11,32 Euro 103 Punkte
35596	Zuschlag zu den GOPs 35506, 35526, 35546 der Gruppentherapie	10,44 Euro 95 Punkte
35597	Zuschlag zu den GOPs 35507, 35527, 35547 der Gruppentherapie	9,67 Euro 88 Punkte
35598	Zuschlag zu den GOPs 35508, 35528, 35548 der Gruppentherapie	9,23 Euro 84 Punkte
35599	Zuschlag zu den GOPs 35509, 35529, 35549 der Gruppentherapie	8,79 Euro 80 Punkte

- **Vorerst müssen die Zuschlags-GOPs durch die Praxis zusammen mit den jeweiligen Therapie-GOPs abgerechnet werden. Voraussichtlich ab dem 4. Quartal 2020 erfolgt die Zusetzung automatisch durch die KV.**
- Der Zuschlag kann auch angesetzt werden, wenn die Sitzung im Rahmen einer Videosprechstunde durchgeführt wurde.
- Ist der Kurzzeittherapie eine Akuttherapie vorausgegangen, können trotzdem für die ersten zehn Sitzungen der anschließenden KZT (KZT1 und/oder KZT2) die Zuschläge abgerechnet werden.
- In der Übergangsphase gilt: Sind bereits vor dem 1. April 2020 Leistungen der KZT abgerechnet worden, muss diese Anzahl von den zehn zu kennzeichnenden Leistungen abgezogen werden.
Beispiel: Im März wurden bereits sechs KZT1-Sitzungen abgerechnet. Im April 2020 können dann für die vier weiteren Sitzungen die Zuschläge abgerechnet werden.

- Um die Zuschläge abrechnen zu können, melden Sie, wenn noch nicht geschehen, gegebenenfalls die Mindestsprechzeiten gemäß §19a Abs. 1 der Zulassungsverordnung nach. Dafür steht Ihnen ein Online-Formular auf der Homepage der KV zur Verfügung.



Online-Formular TSVG:
Praxisdaten melden

www.kvbawue.de/meldeformular

Zeitlich befristet gelten derzeit Sonderregelungen im Rahmen der Corona-Pandemie. Änderungen dieser Sonderregelungen veröffentlicht die KV kurzfristig auf ihrer Homepage. Befristet bis 30. Juni 2020 gesondert geregelt sind die folgenden Bereiche:

- Die Einsatzmöglichkeit der Videosprechstunde wurde auf die Psychotherapeutische Sprechstunde (GOP 35151) und die Probatorische Sitzung (GOP 35150) ausgeweitet. Eine Psychotherapie kann somit auch ohne persönlichen Kontakt zwischen Patient und Therapeut beginnen. Dies sollte besonderen Einzelfällen vorbehalten bleiben.
- Eine telefonische Beratung für bekannte Patienten kann mit GOP 01433 bis zu zwanzigmal im Arztfall abgerechnet werden. Die 20 Gespräche können geführt werden:
 - ausschließlich per Telefon oder
 - gemischt per Telefon, persönlich in der Praxis oder in einer Videosprechstunde.
- Unbürokratische Umwandlung der Gruppentherapie in Einzeltherapie ohne gesonderte Antragstellung bei der Krankenkasse.

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Gruppentherapie

Sie kann jetzt in Einheiten à 50 Minuten erbracht werden. Bei der Abrechnung ist ein Abschlag von 50 Prozent vorzunehmen. Dafür ist die GOP mit einem „H“ zu kennzeichnen, also beispielsweise 35505H. Weitere Buchstabenkennzeichnungen für den 50-Prozent-Abschlag sind „Z“ bei Einbezug einer Bezugsperson, „X“, falls die Leistung im Rahmen der Rezidivprophylaxe erbracht wird oder „Y“ bei Erbringung der Leistung im Rahmen der Rezidivprophylaxe bei Einbezug einer Bezugsperson. Die Buchstabenkennzeichnungen müssen durch den Therapeuten gesetzt werden.

Meldung Therapieende

Sie erfolgt zukünftig nicht mehr über das Formular PTV 12, sondern durch Angabe einer der folgenden Zusatz-GOPs zusammen mit der letzten Therapiesitzung. Ab dem 3. Quartal sind die Zusatz-GOPs in den PVS hinterlegt und werden im Rahmen der Abrechnung übertragen.

Zusatz-GOP	Leistungsinhalt
88130	Beendigung einer Therapie ohne anschließende Rezidivprophylaxe
88131	Beendigung einer Therapie mit anschließender Rezidivprophylaxe

- Psychodiagnostische Testverfahren während der Durchführung einer bewilligten Psychotherapie können bei einer KZT bis zu dreimal und bei einer darüber

hinausgehenden LZT bis zu viermal berechnet werden (bisher dreimal bei KZT, zweimal bei LZT). Unabhängig davon gelten weiterhin die im EBM festgelegten Gesamtpunktzahlen von 1.092 beziehungsweise 1.636 Punkten je Behandlungsfall. Die Anzahl vor Beginn der bewilligten Psychotherapie wird lediglich durch die genannten Gesamtpunktzahlen begrenzt.

- Alle Formblätter **Antragsformulare** der Psychotherapie wurden angepasst. Ab 1. Juli 2020 müssen die neuen Formularvordrucke verwendet werden. Alte Vordrucke dürfen nicht aufgebraucht werden. Die neuen Formblätter können bereits jetzt beim Kohlhammer-Verlag über unsere Homepage bestellt werden. Anpassungen betreffen im Wesentlichen die Neuaufnahme der Systemischen Therapie als Therapieform. Die Formblätter PTV 2 und 12 werden um ein Ankreuzfeld für das Vorliegen einer Diagnose F70 bis F79 ergänzt. PTV 11 erhält ein Feld für den Druck eines Codes bei Terminvermittlung über die Terminservicestelle. Das Formblatt PTV 12 wird nur noch zur Anzeige einer Akutbehandlung und nicht mehr zur Anzeige des Therapieendes genutzt (siehe dazu auch „Meldung Therapieende“ weiter oben). Einen Durchschlag für den Patienten/die Patientin wird es für dieses Formblatt nicht mehr geben.
- **Bewilligungsbescheide für Kurzzeittherapien** müssen den Therapeuten wieder durch die Krankenkassen zugesandt werden.



Formblätter

www.kvbawue.de/pdf2644

Stand Einführung Systemische Therapie für Erwachsene zum 1. Juli 2020

Leider lag uns bei Redaktionsschluss noch kein Beschluss des Bewertungsausschusses zu Gebührenordnungspositionen und Bewertung und damit zur Abrechnung der Leistungen der Systemischen Therapie vor. Bitte achten Sie deshalb auf entsprechende Veröffentlichungen auf unserer Homepage.



Wichtige
EBM-Änderungen

www.kvbawue.de/ebm-aenderungen

➤ Zweitmeinungsverfahren Schulterarthroskopie seit 20. Februar 2020

Für die Indikation „Schulterarthroskopie“ werden alle in diesem Zusammenhang notwendigen Leistungen beim Zweitmeiner (Genehmigung) extrabudgetär vergütet (Fallkennzeichnung mit der Pseudo-GOP 88200C). Der indikationsstellende Arzt rechnet in diesen Fällen die GOP 01645C (75 Punkte/ 8,24 Euro) einmal im Krankheitsfall ab, welche ebenso extrabudgetär vergütet wird.



KBV: Arthroskopie

www.kbv.de/html/themen_2828.php

➤ Vakuumversiegelungstherapie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 12. März 2020 die Vakuumversiegelungstherapie von Wunden als Leistung in die Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung aufgenommen.

Die Vakuumversiegelungstherapie bezeichnet eine besondere Form der Wundbehandlung. Sie ist insbesondere dann indiziert, wenn entweder aufgrund wundspezifischer oder patientenspezifischer Risikofaktoren unter der üblichen Standardwundbehandlung keine ausreichende Heilung zu erwarten ist.

Der Bewertungsausschuss hat nun sechs Monate Zeit, die notwendigen Anpassungen im EBM vorzunehmen. Erst danach kann die Vakuumversiegelungstherapie als abrechnungsfähige vertragsärztliche Leistung erbracht werden.

➔ **Balneophototherapie künftig auch bei Neurodermitis möglich**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 20. März 2020 die Balneophototherapie bei Neurodermitis als Leistung in die Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung aufgenommen.

Damit kann zukünftig eine Licht-Bade-Therapie auch zur Behandlung von Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Neurodermitis eingesetzt werden. Die Behandlung dürfen Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit Genehmigung der KV durchführen.

Der Bewertungsausschuss hat nun sechs Monate Zeit, die notwendigen Anpassungen im EBM vorzunehmen. Erst danach kann die Balneophototherapie künftig auch bei Neurodermitis als abrechnungsfähige vertragsärztliche Leistung erbracht werden.

➔ **Zervixkarzinom-Früherkennung**

GOP 01761 nur abrechenbar, wenn HPV-Test im direkten Zusammenhang durchgeführt wird

Patientinnen ab 35 Jahren haben im Rahmen des Zervixkarzinomscreenings alle drei Jahre Anspruch auf eine kombinierte Untersuchung einschließlich Zytologie und HPV-Test (GOP 01761). Wird der HPV-Test nicht durchgeführt, zum Beispiel, weil eine Patientin nach entsprechender Aufklärung die Durchführung ablehnt, sind die vorgegebenen Inhalte des Screenings nicht erfüllt. Eine bloße zytologische Untersuchung in dieser Altersgruppe ist als Früherkennungsmaßnahme nicht mehr vorgesehen, deshalb kann die GOP 01761 in diesen Fällen nicht abgerechnet werden.

Es besteht dann lediglich ein Anspruch auf eine klinische Untersuchung nach der GOP 01760. Kommt es hier zu Auffälligkeiten, muss die Zytologie dann kurativ veranlasst werden.

Die Ablehnung des HPV-Tests auf Wunsch der Patientin sollte in der Patienten-datei dokumentiert werden.

Finanzwesen

➤ Terminübersicht Abschlagszahlungen

Generell überweist die KVBW Abschlagszahlungen voraussichtlich jeweils am 25. eines Monats. Fällt dieser auf ein Wochenende oder einen Feiertag, dann gilt der darauffolgende Werktag. Auf die Wertstellung von Abschlagszahlungen hat die KVBW keinen Einfluss. Bei verspäteten Buchungen sollten sich Ärzte deshalb mit ihrer Bank in Verbindung setzen.

Terminübersicht für das 2. Quartal 2020

Donnerstag 25. Juni 2020

Terminübersicht für das 3. Quartal 2020

Montag 27. Juli 2020

Dienstag 25. August 2020

Freitag 25. September 2020

Amtliche Bekanntmachungen

➤ Änderungen der Honorarverteilung rückwirkend zum 1. Januar 2020

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg hat mit Beschluss vom 7. Mai 2020 die nachfolgende Änderung des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) mit Wirkung zum 1. Januar 2020 beschlossen.

Zur Abfederung pandemiebedingter Honorarverluste hat die KVBW unter Berücksichtigung der durch den Gesetzgeber definierten Rahmenbedingungen einen Rettungsschirm im Rahmen der Honorarverteilung installiert. Hierzu wird der bestehende § 16 HVM rückwirkend zum 1. Januar 2020 um einen neuen Absatz 4 ergänzt.

Alle Einzelheiten dazu können Sie auf unserer Homepage unter der eigens eingerichteten Rubrik „Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19)“ in Ruhe nachlesen. Sie finden die mitgeteilten Änderungen in der amtlich bekannt gemachten aktuellen Fassung des HVM auf unserer Homepage.

Gerne stellen wir Ihnen im Einzelfall auf Anforderung den aktuellen HVM-Text auch in Papierform zur Verfügung. Bitte nehmen Sie diesbezüglich Kontakt mit unserer Abrechnungsberatung auf.

Für Fragen zur Abrechnung:

Abrechnungsberatung, 0711 7875-3397, abrechnungsberatung@kvbawue.de



Aktuelles zu Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19)

www.kvbawue.de/coronavirus



Aktueller HVM-Text

www.kvbawue.de/kvbw-rechtsquellen

» Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

➤ Änderung der docdirekt-Richtlinie

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg hat im schriftlichen Umlaufverfahren mit Beschluss vom 16. April 2020 die 1. Änderung der docdirekt-Richtlinie beschlossen.

Der vollständige Text der 1. Änderung kann auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg nachgelesen werden. Auf Anforderung wird Ihnen der Text der Bekanntmachung im Einzelfall in Papierform zur Verfügung gestellt.

Ansprechpartner:

docdirekt@kvbawue.de



Richtlinie docdirekt

www.kvbawue.de/bekanntmachungen

» docdirekt

➤ **Beschlüsse des Landesausschusses**

Die Beschlüsse des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen für Baden-Württemberg (Landesausschuss) aus seiner Sitzung vom 12. Februar 2020 finden Sie auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg.

Auf Anforderung kann der Beschlusstext im Einzelfall in Papierform zur Verfügung gestellt werden. Bitte wenden Sie sich hierzu an die Geschäftsstelle des Landesausschusses unter der Telefonnummer 0711-7875 3675.



Beschlüsse des
Landesausschusses

www.kvbawue.de/landesausschuss

➤ **Ausgeschriebene Vertragsarztsitze werden auf KVBW-Homepage bekannt gemacht**

Gemäß der Satzung der KVBW kann die Veröffentlichung ausgeschriebener Vertragsarztsitze auch im Internet unter der Internetadresse der KVBW erfolgen.

Auf Anforderung kann diese Übersicht im Einzelfall auch in Papierform zur Verfügung gestellt werden.



Ausgeschriebene
Praxissitze

www.kvbawue.de/praxissitze

0721 5961-1313
praxisausschreibungen@kvbawue.de

Der Antrag zur Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes muss direkt beim Zulassungsausschuss gestellt werden. Dieser entscheidet, ob der Vertragsarztsitz in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, weitergeführt werden soll. Ist dies der Fall, hat die KVBW den Vertragsarztsitz unverzüglich auszuschreiben.

Fragen zu den Ausschreibungsverfahren:

Patricia Otto, 0721 5961-1248, patricia.otto@kvbawue.de

Allgemeine Fragen beantwortet die Kooperations- und Niederlassungsberatung:

0761 884-3700, kooperationen@kvbawue.de



Onlinebörse der KVBW

www.kvbawue.de/boersen

In der Onlinebörse auf der Homepage der KVBW können Ärzte und Psychotherapeuten Praxisnachfolger suchen oder Räumlichkeiten, die sich als Praxisräume eignen, anbieten.

➤ Änderung der Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg hat am 7. April 2020 Folgendes beschlossen:

„Die Satzung der KVBW in der Fassung des Beschlusses der Vertreterversammlung vom 16.10.2009 geändert durch Beschlüsse der Vertreterversammlung vom 21.04.2010, 05.12.2012, 07.10.2015, 02.12.2015, 08.03.2017, 17.05.2017, 06.12.2017, 26.09.2018, 10.07.2019, 09.10.2019 in Kraft mit Wirkung vom 10.10.2019 wird wie folgt geändert:

§ 5 Absatz 10 wird ersatzlos gestrichen.

Die Änderung der Satzung tritt vorbehaltlich der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde zum 01.04.2020 in Kraft.“

Die aufsichtsrechtliche Genehmigung durch das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg wurde mit Schreiben vom 21. April 2020, Aktenzeichen 53-5227.3-004/1 erteilt. Die beschlossene 11. Änderung der **Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg** wird hiermit gemäß § 24 der Satzung der KVBW bekannt gemacht und tritt rückwirkend zum 1. April 2020 in Kraft.

➤ Änderung der Entschädigungsregelung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg hat am 7. April 2020 Folgendes beschlossen:

„Die Entschädigungsregelung der KVBW „Regelung der Tagegelder, Reisekosten, Entschädigungen und Sitzungsgelder für die Mitglieder der Vertreterversammlung, der Ausschüsse und des Vorstandes der KVBW“ gemäß Beschluss der Vertreterversammlung der KVBW vom 14.12.2005, in der Fassung der Beschlüsse der Vertreterversammlung vom 03.07.2013, 06.12.2017, 21.03.2018 und vom 05.12.2018 wird wie folgt geändert:

In der Ziffer 1 werden zu „Tagegeld“ die Worte „Nach den geltenden EKST-Richtlinien“ gestrichen und durch die Worte „Nach dem geltenden EStG“ ersetzt und der Betrag „24,00 €“ gestrichen und durch den Betrag „28,00 €“ ersetzt.

Die Änderungen treten rückwirkend zum 01.01.2020, vorbehaltlich der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde, in Kraft.“

Die aufsichtsrechtliche Genehmigung durch das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg wurde mit Schreiben vom 21. April 2020, Aktenzeichen 53-5227.3-004/1 erteilt. Die beschlossene 5. Änderung der **Entschädigungsregelung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg** wird hiermit gemäß § 24 der Satzung der KVBW bekannt gemacht und tritt rückwirkend zum 1. Januar 2020 in Kraft.

Qualitätssicherung & Verordnungen

➔ Änderungen der Ultraschall-Vereinbarungen nach Bundesvorgabe

1. Apparative Ausstattung

Aufgrund technischer Weiterentwicklungen wurden die apparativen Anforderungen in der Ultraschall-Vereinbarung aktualisiert. Betroffen sind aber vorrangig Neuanschaffungen. Für bereits genehmigte Ultraschall-Systeme besteht unbefristeter Bestandsschutz. Lediglich die Nutzung von mechanischen Annular-Array-Schallköpfen wurde bis 31. März 2030 befristet.

2. Nerven- und Muskelsonographie

Seit 1. April 2020 besteht die Möglichkeit, zur weiteren Klärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung die Sonographie der Nerven und Muskeln durchzuführen und abzurechnen. Der EBM wurde hierzu um die GOP 33100 erweitert. Diese GOP kann ausschließlich von Fachärzten für Neurologie, Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, Neurochirurgie sowie von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie berechnet werden.

Die Leistung ist genehmigungspflichtig und setzt den Nachweis der fachlichen Qualifikation sowie einer geeigneten apparativen Ausstattung voraus. Die Anforderungen wurden neu in die Ultraschall-Vereinbarung aufgenommen.

3. Screening auf Bauchortenaneurysma

Zur Durchführung von Screenings auf Bauchortenaneurysmen bei Männern ab 65 Jahren sind nun auch Ärzte berechtigt, die eine Genehmigung für das Duplexverfahren der abdominalen und retroperitonealen Gefäße haben. Abrechnen dürfen die Leistung Hausärzte, Urologen, Internisten (mit und ohne Schwerpunkt), Chirurgen und Radiologen.

4. Änderungen im Kurssystem

Der Erwerb einer fachlichen Qualifikation für sonographische Leistungen ist unter anderem über den Besuch von Ultraschall-Kursen möglich. Hierzu wurden in der neu gefassten Vereinbarung flexiblere Regelungen getroffen. So können zukünftig verschiedene Kurse in Modulform absolviert werden. Auch die Durchführung interdisziplinärer Kurse wurde erleichtert.

Für Fragen zur Ultraschall-Vereinbarung:

Team BD Freiburg und Karlsruhe, 0721 5961-1166

Team BD Reutlingen und Stuttgart, 0711 7875-3282

Für Fragen zur Abrechnung:

Abrechnungsberatung, 0711 7875-3397

➡ **Änderung der Koloskopie-Vereinbarung zum 1. April 2020 nach Bundesvorgabe**

Bei der Koloskopie wurden die Vorgaben für den jährlichen Nachweis der Mindestzahlen präzisiert: Zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung müssen Ärzte mindestens 200 totale Koloskopien sowie mindestens zehn Polypektomien innerhalb eines Zeitraumes von jeweils zwölf Monaten selbständig durchgeführt haben. Dabei müssen die Koloskopien und Polypektomien ohne Mängel sein. Es wurde nun klargestellt, dass diese Anforderungen getrennt voneinander zu sehen sind und die Frequenz jährlich erfüllt und geprüft werden muss.

Für Fragen:

Andrea Müller, 0761 884-4162, andrea.mueller@kvbawue.de

➡ **Änderung der Vereinbarung kurative Mammographie zum 1. April 2020 nach Bundesvorgabe**

Die Änderungen bei der kurativen Mammographie betreffen die Fallsammlungsprüfungen sowie Anpassungen an das neue Strahlenschutzrecht.

Fallsammlungsprüfungen erfolgen zukünftig ausschließlich digital. Dies ist eine Reaktion auf die deutlich zurückgegangene Nachfrage nach Prüfungen anhand von ausgedruckten Röntgenbildern. Weiterhin werden Ärzte ausdrücklich aufgefordert, eigene Fälle für die Fallpools einzureichen. In drei Befundkategorien wurden die Begrifflichkeiten an diejenigen des Mammographie-Screenings angepasst.

Darüber hinaus wurde die Mammographie-Vereinbarung an das neue Strahlenschutzrecht angepasst.

Für Fragen:

Bärbel Maier, 0711 7875-3116, baerbel.maier@kvbawue.de

➡ **PET/CT: Initiales Staging Non-Hodgkin-Lymphome**

In den Vereinbarungen für die photodynamische Therapie (PDT) am Augenhintergrund und für die phototherapeutische Keratektomie (PTK) wurde festgelegt, dass die ärztliche Dokumentation weiterhin nicht überprüft wird. Die Stichprobenprüfungen sind bis zum 31. Dezember 2022 ausgesetzt.

Für Fragen:

Nilgüen Fritzler, 07121 917-2387, nilguen.fritzler@kvbawue.de

➤ Strahlendiagnostik und -therapie

Die Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie wurde zum 1. April 2020 an das neue Strahlenschutzrecht angepasst (§ 11 „Anforderungen an die apparative Ausstattung; Diagnostische Radiologie“).

Eine weitere Änderung wurde beschlossen, wird aber erst zu einem späteren Zeitpunkt in Kraft treten. Es handelt sich dabei um einen Verweis auf die Richtlinie für Sachverständigenprüfungen nach der Röntgenverordnung. Die ursprünglich für Februar 2020 geplante Aktualisierung der Richtlinie durch das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit ist noch nicht erfolgt. Wir werden zu gegebener Zeit informieren

Für Fragen:

Karin Schramm, 07121 917-2388, karin.schramm@kvbawue.de

➤ Psychotherapie-Vereinbarung

Qualifikationsanforderungen für die Durchführung von Systemischer Therapie in Kraft

Folgende Anforderungen an die fachliche Befähigung müssen bei Antragstellung nachgewiesen werden:

Ärztinnen und Ärzte

Eine Genehmigung für die Systemische Therapie können nur Fachärzte/Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie oder Fachärzte/Fachärztinnen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie erhalten. Voraussetzung ist, dass durch Weiterbildungszeugnisse eingehende Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Systemischen Therapie bei Erwachsenen nachgewiesen werden.

Wenn kein solches Weiterbildungszeugnis vorliegt, kann eine Bescheinigung oder ein Zeugnis der zuständigen Ärztekammer vorgelegt werden, woraus sich der Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Systemischen Therapie bei Erwachsenen ergibt

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten,

die den Fachkundenachweis nach § 95c SGB V aufgrund einer vertieften Ausbildung in der Systemischen Therapie bei Erwachsenen erhalten haben, erfüllen die fachliche Qualifikation zur Erbringung dieser Leistung durch den Fachkundenachweis.

Soweit der Fachkundenachweis nach § 95c SGB V in analytischer Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie oder Verhaltenstherapie erworben wurde, ist zusätzlich die Zusatzbezeichnung Systemische Therapie nachzuweisen.



Psychotherapie –
rechtliche Grundlagen

www.kvbawue.de/psychotherapie

Falls keine Zusatzweiterbildung in Systemischer Therapie besteht und diese auch nicht durch Übergangsregelungen erworben werden kann, kann die fachliche Qualifikation durch eine Bescheinigung oder ein Zeugnis der zuständigen Psychotherapeutenkammer nachgewiesen werden. Hierin muss bescheinigt sein, dass eingehende Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Systemischen Therapie bei Erwachsenen, gleichwertig mit der Zusatzbezeichnung Systemische Therapie, erworben wurden.

Erteilung der Genehmigung

Anträge auf Erteilung dieser Genehmigung können ab sofort gestellt werden. Allerdings kann die Systemische Therapie als vertragsärztliche Leistung erst erbracht werden, wenn der EBM entsprechend angepasst wurde. Dies wird zum 1. Juli 2020 angestrebt. Für weitere Informationen zur Abrechnung verweisen wir auf den Artikel „Psychotherapie“ aus der Rubrik Abrechnung auf Seite 7 dieses Rundschreibens.

Für Fragen:

Ute Roß, 0761 884-4382

➤ Erweiterte Indikationen für Podologie ab 1. Juli 2020

Zukünftig kann die podologische Therapie für weitere Indikationen, die mit dem diabetischen Fußsyndrom vergleichbar sind, verordnet werden.

Hierzu wurden die neuen Diagnosegruppen NF und QF mit entsprechenden Beispieldiagnosen in den Heilmittel-Katalog aufgenommen. Konkret gilt dies für entsprechende Schädigungen am Fuß als Folge einer sensiblen oder sensomotorischen Neuropathie (NF), **zum Beispiel bei:**

- hereditärer sensibler und autonomer Neuropathie
- systemischen Autoimmunerkrankungen
- Kollagenosen
- toxischer Neuropathie

oder bei einer krankhaften Schädigung als Folge eines Querschnittsyndroms (QF), **zum Beispiel bei:**

- Spina bifida
- chronischer Myelitis
- Syringomyelie
- traumatisch bedingten Schädigungen des Rückenmarks

Laut Heilmittel-Richtlinie ist die podologische Therapie nur für Patienten vorgesehen, die ohne diese Behandlung irreversible Folgeschädigungen an den Füßen erleiden würden, die durch Entzündungen und Wundheilungsstörungen entstehen können. Eine Liste neu formulierter Risikofaktoren (siehe Homepage-Nachricht unter „Aktuelles“) hilft Ihnen dabei, dieses Gefährdungspotenzial beim Patienten zu überprüfen.

Weitere Informationen:

G-BA: Heilmittel-Richtlinie

www.g-ba.de/richtlinien/12

Im Rahmen der ärztlichen Eingangsdagnostik muss immer ein dermatologischer und ein neurologischer Befund vor der erstmaligen Verordnung erhoben werden. Die erweiterten Vorgaben zur Diagnostik finden Sie auf der KVBW-Homepage unter „Aktuelles“.

Bitte beachten Sie, dass Podologie nur zur Behandlung von Schädigungen ohne Hautdefekt (Wagner-Stadium 0) und bei eingewachsenen Zehennägeln im Stadium 1 verordnungsfähig ist.

Für Fragen:

Verordnungsberatung Impfungen, Heil- und Hilfsmittel
0711 7875-3669 oder verordnungsberatung@kvbawue.de

➔ Öffentliche Ausschreibung der KV Baden-Württemberg (A)

Für die Vergabe eines Versorgungsauftrags für die Screening-Einheit 4 in Baden-Württemberg im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch das Mammographie-Screening wird eine zweite Programmverantwortliche Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt gesucht. Die Ausschreibung liegt als Anlage bei.

➔ Sektorenübergreifende Qualitätssicherung – Pflicht zur quartalsweisen Datenlieferung für 2020 und Stellungnahmeverfahren ausgesetzt

Die Daten für die sQS-Verfahren PCI und NET müssen im Jahr 2020 nicht zwingend quartalsweise eingereicht werden. Der G-BA hat vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie am 27. März 2020 beschlossen, die quartalsweise Datenlieferung für 2020 auszusetzen. Dies bedeutet nicht, dass keine Daten für die Verfahren PCI und NET eingereicht werden müssen. Es heißt vielmehr, dass die Datenlieferung für 2020 erst nächstes Jahr, nämlich bis zum 28. Februar 2021, eingereicht werden muss. Wer kann und möchte, kann die Datenlieferungen selbstverständlich wie bisher auch quartalsweise übermitteln.

Des Weiteren werden die sogenannten Stellungnahmeverfahren für das Verfahrensjahr 2019 ausgesetzt. Als neue Frist für die Durchführung der Stellungnahmeverfahren wurde zunächst der 31. März 2021 vereinbart. Eine weitere Fristverlängerung wird von den weiter anhaltenden Anforderungen durch die COVID 19 Pandemie abhängig gemacht.

Alle Ärzte, die an den Verfahren PCI – „Percutane Coronarintervention“ und NET – „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen“ teilnehmen, sind verpflichtet, jeweils zum 15. Mai, 15. August, 15. November und 28. Februar ihre quartalsweise Datenlieferung zu übermitteln.

Für Fragen:

Michaela Mutzke, 07121 917-2447

Doreen Pesler, 0721 5961-1358

➔ **Aktueller Stand Schutzausrüstung im Zusammenhang mit Covid-19**

Bitte beachten Sie dazu die entsprechenden aktuellen Veröffentlichungen auf unserer Homepage unter der Themenseite Coronavirus und die entsprechende Schnellinfo.



Schutzausrüstung im
Zusammenhang mit
Covid-19

www.kvbawue.de/ssb-corona

➔ **Krankenförderung: Neues Verordnungsformular ab 1. Juli 2020 durch den Bund vorgegeben**

Für die Verordnung einer Krankenförderung muss ab Juli das neue Muster 4 verwendet werden. Es ist keine Übergangsfrist vereinbart; die bisherigen Formulare sind dann ungültig und Restmengen müssen vernichtet werden.

Der Kohlhammer-Verlag versendet bis Mitte Juni automatisch ein Erstausstattungs-paket an alle Praxen, die dort seit der Musteränderung im letzten Jahr Muster 4 bezogen haben.

Allen anderen Praxen empfehlen wir, die neuen Formulare rechtzeitig zu bestellen, außer wenn sie die Blankoformularbedruckung nutzen. Die Softwarehersteller werden den neuen Vordruck in die Praxisverwaltungssysteme einbinden.

Verträge & Richtlinien

➔ Vertrag „Hallo Baby“ zur besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V

Aufgrund der COVID-19-Pandemie wird der Vertrag „Hallo Baby“ übergangsweise vom 1. Mai 2020 bis zum 30. September 2020 in folgendem Punkt angepasst:

Das ärztliche Gespräch im Rahmen der **GOP 81312 (Risikoaufklärung und ärztliches Gespräch im Rahmen des Toxoplasmosesuchtests)** kann auch telefonisch durchgeführt werden. Die Dokumentation des Ergebnisses im Mutterpass und in den medizinischen Daten kann bei einem darauffolgenden Präsenztermin der Schwangeren erfolgen.

Für Fragen zur Abrechnung:

Abrechnungsberatung, 0711 7875-3397, abrechnungsberatung@kvbawue.de



Vertrag „Hallo Baby“

www.kvbawue.de/hallobaby

➔ Homöopathieverträge der AG Vertragskoordinierung mit der IKK classic und der Securita Krankenkasse

Zum 1. April 2020 wurden die Vergütungen im Rahmen der beiden Verträge angepasst sowie bei den Gebührenordnungspositionen der IKK classic die Buchstabenkennzeichnung A und bei den Gebührenordnungspositionen der Securita die Buchstabenkennzeichnung B ergänzt.

Des Weiteren wurde die Anlage 2 „Teilnahmeerklärung Versicherte“ bei beiden Verträgen ausgetauscht. Bitte verwenden Sie künftig nur noch die aktualisierten Versichertenteilnahmeerklärungen.

Die aktualisierte Vergütungsübersichten sowie die aktualisierten Versichertenteilnahmeerklärungen finden Sie auf der Internetseite der KVBW.

Für Fragen zur Abrechnung:

Abrechnungsberatung, 0711 7875-3397, abrechnungsberatung@kvbawue.de



Weitere Informationen zum Homöopathie-Vertrag

www.kvbawue.de/vertrag-homoeopathie

➔ Wiederverwendbare Endoskopieinstrumente werden auf Einwegprodukte umgestellt

Dies haben namhafte Hersteller und Vertreiber von wiederverwendbaren endoskopischen Zusatzinstrumenten vor dem Hintergrund der europaweit geltenden Medizinprodukteverordnung (MDR) bekannt gegeben. Daher ändert sich die Abrechnung der Endoskopieinstrumente Polypektomieschlinge, PE-Zange und Clipapplikatoren für Hämostase-/Endoclips im 2. Quartal 2020.

Um eine Abrechnung bis zur Einigung auf Bundesebene zu ermöglichen, ist eine landesweite Regelung notwendig.

1. Ärzten, denen momentan noch wiederverwendbare Instrumente vorliegen, verwenden diese bis zum Ende der Nutzungsdauer gemäß der Gebrauchsanweisung des Herstellers. Danach sind diese Ärzte berechtigt, Einmalinstrumente zu verwenden.
2. Bei der Verwendung eines entsprechenden Einmalinstruments bis zum 30. Juni 2020 ist vom Arzt die bekannte Gebührenordnungsposition anzusetzen. Da in der Kalkulation dieser Gebührenordnungspositionen die Kosten des Aufbereitungsprozesses beinhaltet sind, ist eine gesonderte Abrechnung von Sachkosten gemäß der Sachkostenvereinbarung für die Einmalprodukte ausgeschlossen.

Folgenden Gebührenordnungspositionen sind von Punkt 1 und 2 betroffen:

GOP	Beschreibung
01741	Koloskopischer Komplex gemäß Teil II. § 3 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)
01742	Zuschlag zu der GOP 01741 für Abtragung von Polypen
04511 / 13400	Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie
04514 / 13421	Zusatzpauschale Koloskopie
04515	Zuschlag zu den GOP 04511, 04513 und 04514
04520	Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den GOP 04514 oder 04518
08311 / 26311	Urethro(zysto)skopie
08334	Zuschlag zu der GOP 08333 für die Polypentfernung(en)
09315 / 13662	Bronchoskopie
09317	Ösophagoskopie
13260	Zuschlag zu der GOP 13257 für Polypentfernung(en)
13401	Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit der GOP 13400
13402	Polypektomie(n) im Zusammenhang mit der GOP 13400
13422	Zusatzpauschale (Teil-) Koloskopie
13423	Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den GOP 13421 oder 13422
13430	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Diagnostik
26310	Urethro(-zysto)skopie des Mannes oder gemäß den Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen 4.2.1
30601	Zuschlag zu der GOP 30600 für die Polypentfernung(en)

Verschiedenes

➔ Wieso Updates so wichtig sind

TI-Konnektor und IT-Technik der Praxis regelmäßig aktualisieren

Scheitert das Einlesen der Patientenkarte, steckt vielleicht ein verpasstes Update dahinter. Erste Krankenkassen haben begonnen, elektronische Gesundheitskarten (eGK) der neuen Generation 2.1 (NFC-fähig) an ihre Versicherten auszugeben. Software-Updates gewährleisten, dass die neuen Karten zuverlässig eingelesen werden können. Und nicht nur das.

Praxen, die Software-Updates aufspielen, sorgen damit dafür, dass ihre IT-Komponenten zuverlässig arbeiten und das System auf einem hohen Sicherheitsniveau bleibt. Die Aktualisierungen, die die Hersteller bereitstellen, korrigieren etwaige Fehler, ermöglichen zusätzliche Funktionen und können Angriffe aus dem Netz verhindern.

Auch Konnektor und Kartenterminals der Telematikinfrastruktur (TI) benötigen von Zeit zu Zeit Updates, denn die technischen, funktionalen und Sicherheitsstandards der TI entwickeln sich unentwegt weiter. Vertragsärzte und -psychotherapeuten sollten diese immer umgehend einspielen. Updates sind ein fester Bestandteil der bestehenden IT-Verträge, um das Betriebssystem, Hard- und Software-Firewall und das Antivirus-System auf dem neuesten Stand zu halten. Sie sind in der Regel kostenfrei, müssen aber aktiv aus der Praxis gestartet werden.

Die meisten Systeme sind standardmäßig so eingestellt, dass sie automatisch prüfen, ob ein Software-Update verfügbar ist. Die Installation müssen Praxen jedoch aktiv anstoßen. Es empfiehlt sich, hin und wieder zu kontrollieren, ob alle Updates tatsächlich gestartet und aktiviert wurden. Bei Unterstützungsbedarf wenden sich Praxen an ihr Systemhaus. IT-Einstellungen und Passwörter routinemäßig zu prüfen, erhöht zusätzlich die Sicherheit.

Nutzt eine Praxis einen TI-Konnektor ohne aktuell gültige Produktversion, wird der Zugriff in die TI und der Abgleich der Versichertendaten verweigert. Dies wird beim Einlesen der Versichertenkarte im Praxisverwaltungssystem angezeigt und ist das Signal zum Reagieren.

Nach einer versäumten Aktivierung des TI-Updates kann nur noch ein kostenpflichtiger Technikeinsatz vor Ort die TI-Anbindung wiederherstellen. Informationen zum Konnektor erhalten Praxen von ihrem TI-Vertragspartner.

Für Fragen:

IT-Berater der KVBW, 0711 7875-3570, itp@kvbawue.de

➔ **Praxisurlaub – Abwesenheits-/ Vertretermeldung (A)**

Für die Meldung der Abwesenheits- und Urlaubszeiten liegt als Anlage zu diesem Rundschreiben ein Formular bei. Gerne können Sie dieses auf unserer Homepage auch direkt ausfüllen und herunterladen. Die Anzeigepflicht gilt ab einer Abwesenheit von sieben Kalendertagen in Folge.



Formular-Download

www.kvbawue.de/vertretermeldung

Sie haben noch Fragen? Dann wenden Sie sich bitte an die „Gruppe Vertretungen“:
0711 7875-1691, vertreter@kvbawue.de

Service für Arzt und Therapeut

➤ Abrechnung & Honorar

Abrechnungsberatung

0711 7875-3397
abrechnungsberatung@kvbawue.de

Ärztbuchhaltung

0721 5961-1340

➤ Niederlassung

Kooperations- und Niederlassungsberatung

0761 884-3700
kooperationen@kvbawue.de

Börsen

Online-Börse zur Vermittlung von Praxen, Kooperationen, Stellen, Mobiliar und Geräten.



Börsen

www.kvbawue.de/boersen

➤ Praxisservice

Betriebswirtschaftliche Praxisberatung & Businessplan

0711 7875-3300
praxisservice@kvbawue.de

Persönliche Beratungstermine zu QM und Praxismanagement

Für Beratungen stehen Ihnen die Mitarbeiter des QM-Beraterteams jederzeit zur Verfügung. Aufgrund der Corona-Krise finden diese Beratungen derzeit telefonisch statt.

Terminvereinbarung bitte vorab telefonisch unter 07121 917-2394

Hilfe für Praxen in existenziellen oder finanziellen Krisen: DocLineBW

0711 7875-3300
doclinebw.praxisservice@kvbawue.de



DocLineBW

www.kvbawue.de/doclinebw

➔ Verordnungen

Arzneimittel

0711 78775-3663

Kooperation mit Pharmakotherapie-Beratung Uniklinik Tübingen

07071 29-74923, Fax: 07071 295035, arzneimittelinfo@med.uni-tuebingen.de

Arzneimittel in Schwangerschaft und Stillzeit

Kooperationen mit zwei Instituten, die Anfragen bezüglich Arzneimittelverordnungen in Schwangerschaft und Stillzeit beantworten.

- **Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie, Charité-Universitätsmedizin Berlin**

www.embryotox.de, Telefon: 030 450525-700 (Beratung), Fax: 030 450525-902

- **Institut für Reproduktionstoxikologie, Universitäts-Frauenklinik Ulm**

www.reprottox.de, 0731 500-58655, Fax: 0731 500-58656, paulus@reprottox.de

Impfungen, Heil- und Hilfsmittel

0711 7875-3669

Betreuung Prüfverfahren

0711 7875-3630

Beratung Sprechstundenbedarf

Mittwochs wird für alle Standorte der KVBW eine Beratungssprechstunde zur Verordnungsweise Sprechstundenbedarf angeboten.

Terminvereinbarung: 0711 7875-3660

☞ Sicher vernetzt – IT in der Praxis

IT-Berater

0711 7875-3570, itp@kvbawue.de

Mitgliederportal

Information und Online-Dienste im geschützten Bereich
0711 7875-3555, mitgliederportal@kvbawue.de

☞ Der Patient im Fokus

MedCall Patiententelefon nutzen

„MedCall“ unterstützt die Bürger bei der Suche nach einem Arzt oder Psychotherapeuten. Für KVBW-Mitglieder besteht die Möglichkeit, über die Patienteninformation auf spezielle Qualifikationen sowie vorhandene Praxisspektren für Patienten aufmerksam zu machen. Wer von diesem Service profitieren möchte, muss nur einen Fragebogen ausfüllen, der Ihnen gerne zugesandt wird.

0711 7875-3966

Terminmeldungen bei Terminservicestelle

Die Terminservicestelle (TSS) benötigt Terminmeldungen. Ärzte und Psychotherapeuten können das Webportal eTerminservice der KVen nutzen, um die Termine einzutragen, die sie für Patienten freihalten. Die Zugangsdaten für den Terminservice liegen im Dokumentenarchiv des Mitgliederportals bereit.

eTerminservice Ärzte: 0711 7875-3960
eTerminservice Psychotherapeuten: 0711 7875-3949
terminservice@kvbawue.de



Terminservicestelle

www.kvbawue.de/terminservicestelle

Hilfe bei Gesundheitstagen (A)

Sie sind interessiert an Unterstützung bei Ihrem regionalen Gesundheitstag? Dann fordern Sie unsere Hilfe an. Nutzen Sie das Formular in der Anlage.

Corinna Pelzl, 0721 5961-1172, gesundheitsbildung@kvbawue.de

➡ Qualitätssicherung

Genehmigungspflichtige Leistungen

BD Freiburg 0761 884-4402
BD Karlsruhe 0721 5961-1160
BD Reutlingen 07121 917-2385
BD Stuttgart 0711 7875-3467
qualitaetsicherung-genehmigung@kvbawue.de

Hygiene

07121 917-2131
hygiene-und-medizinprodukte@kvbawue.de

➡ Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Dienstplanung mit BD-online, Dienstpflicht und Vertretung
notfalldienst@kvbawue.de

BD-Online 07121 917-2011
Praxismanagement 0711 7875-3011
Datenmanagement 0761 884-4011

➡ Rechtsfragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit

recht@kvbawue.de

Fortbildung

➤ Die Angebote der Management Akademie (MAK)

ONLINE-KURSE: LERNEN NEU ERLEBEN Interessante Themen unseres eLearning-Programms www.online-kurse.mak-bw.de						
mak-Seminar	Zielgruppe	Dauer	Gebühr in Euro	FB-Punkte	Kurs-Nr.	
Grundlagen der Hygiene in der Arztpraxis	Ärzte und Praxismitarbeiter, die in einer Praxis tätig sind und ihre Kenntnisse auf dem Gebiet der Hygiene erwerben, auffrischen oder festigen wollen.	45 min. vertont	59,-	2	eL01/20	
(K)eine Kunst: Kommunikation im Praxisalltag	Praxismitarbeiter, die ihr Grundverständnis von Kommunikation auffrischen oder erweitern wollten. Gerne auch für Ärzte, Psychotherapeuten oder Auszubildende	30 min. unvertont	39,-	0	eL02/20	
Sicher ist sicher: Datenschutz im Praxisalltag leben und managen	Ärzte, Psychotherapeuten und Praxismitarbeiter und Auszubildende, die Kenntnisse zum Datenschutz erlangen, erweitern oder vertiefen wollen.	90 min. vertont	98,-	4	eL03/20	
Hieb- und stichfest: Verordnung von Schutzimpfungen	Ärzte und Praxismitarbeiter, die aktuell oder künftig Impfungen durchführen und Kenntnisse über deren Hintergründe und Verordnung erwerben, auffrischen oder festigen wollen.	100 min. vertont	98,-	4	eL04/20	
Jetzt zählt's: Hausärztliche Grundlagen des EBM	Ärzte und Praxismitarbeiter in Hausarztpraxen, die Leistungen nach dem EBM abrechnen und diesbezügliche Kenntnisse erwerben, erweitern oder auffrischen wollen.	110 min. unvertont	98,-	4	eL05/20	

Aktuelle Informationen zu den Seminarangeboten finden Sie im Internet unter www.mak-bw.de.

Für weitergehende Fragen zu den Seminarinhalten, Terminen oder Seminarorten steht das Team der Management Akademie (MAK) gern zur Verfügung.

Telefon 0711 7875-3535
Telefax 0711 7875-483888
E-Mail info@mak-bw.de
www.online-kurse.mak-bw.de

Die MAK freut sich auf Ihren Besuch!



Seminarangebote
der MAK

www.mak-bw.de
www.online-kurse.mak-bw.de

Fortbildungsprogramm Verband medizinischer Fachberufe e.V. 2. Quartal 2020

Veranstaltung	Datum	Uhrzeit	Ort	Kosten in Euro
Diabetes mellitus Bezirksstelle Ludwigsburg-Bietigheim	23. Juli 2020	19:30 Uhr	Restaurant Campus Bebenhäuser Str. 41 71638 Ludwigsburg	Verbandsmitglieder: frei Nichtmitglieder: 10,00 €
Verbands-Infotreff Bezirksstelle Stuttgart	22. September 2020	19:30 Uhr	Restaurant Schwarzbach Dürtlewangstr. 70 70565 Stuttgart	Kostenfrei
Verbands-Info-Treff Bezirksstelle Karlsruhe	Jeden 1. Mittwoch im Monat	19:00 Uhr	Veranstaltungsort per Email erfragen: iris.will@gmx.de	Kostenfrei

Anmeldung beim Verband medizinischer Fachberufe e.V., zu Händen Stefanie Teifel, Mäusberg 7, 74575 Schrozberg
Telefon: 07936 9909540, Telefax 07936 9909541, steifel@vmf-online.de

Achtung: Unter den gegebenen Umständen informieren Sie sich bitte auf der Homepage des Verbandes medizinischer Fachberufe e.V. www.vmf-online.de, ob die Veranstaltung wie geplant stattfinden kann.

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Freiburg
Geschäftsbereich Sicherstellung
Sundgaullee 27
79114 Freiburg

Absender/Stempel

Team Sicherstellung/Vertreter | Fax 0711 7875-483871

Abwesenheits-/Vertretermeldung

gemäß §§ 32 Abs. 1 - 2, 32b Abs. 6 Ärzte-ZV

für

Name, Vorname

Zeitraum und Grund der Abwesenheit

von

bis

Urlaub Krankheit Fortbildung Entbindung Wehrübung

Beendete Anstellung (bitte spezifizieren):

Die Vertretung wird in meinen eigenen Praxisräumen durchgeführt von

Name, Vorname

Gebietsbezeichnung

LANR (Pflichtfeld bei Vertretung aufgrund beendeter Anstellung)

Meine eigene Praxis bleibt geschlossen. Die kollegiale Vertretung übernimmt

Name, Vorname

BSNR/Ort

Name, Vorname

BSNR/Ort

Ort und Datum

Unterschrift

Öffentliche Ausschreibung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg: Vergabe eines Versorgungsauftrages an eine(n) zweite(n) Programmverantwortliche(n) Vertragsärztin oder Vertragsarzt für die Screening-Einheit 4 in Baden-Württemberg im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening

Für die Screening-Einheit 4 wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt ein(e)Nachfolger(in) für einen der beiden Programmverantwortlichen Ärzte gesucht:

Gemäß § 3 Abs. 2 der Anlage 9.2 BMV-Ä kann ein Versorgungsauftrag auch von zwei Programmverantwortlichen Ärzten, die in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig sind, übernommen werden.

Einer der beiden Programmverantwortlichen Ärzte wird seine Tätigkeit im Screening Mitte 2020 beenden. Für den verbleibenden Genehmigungsinhaber wird ein qualifizierter Arzt/ eine qualifizierte Ärztin gesucht, der/die bereit ist, in das bestehende Konzept einzusteigen und die Screening-Einheit gemeinschaftlich mit dem verbleibenden Programmverantwortlichen Arzt in Berufsausübungsgemeinschaft zu übernehmen. Bewerbungen von angestellten qualifizierten Ärzten sind grundsätzlich möglich.

Daher schreibt die KV Baden-Württemberg gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinien-KFE-RL) vom 18.06.2009, zuletzt geändert am 05.12.2019 und der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge (BMV-Ä) in der Fassung vom 17.10.2018 den hälftigen Versorgungsauftrag für folgende Screening-Einheit erneut aus:

Screening-Einheit 4

Landkreis Karlsruhe,
Stadtkreis Karlsruhe
Enzkreis
Stadtkreis Pforzheim

Für die Ausschreibung ist der jeweils aktuelle Stand der Krebsfrüherkennungsrichtlinien, der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge und des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) maßgebend.

Die Berufsausübungsgemeinschaft wird zwischen dem (der) Bewerber(in) und dem in der Einheit weiterhin verbleibendem Programmverantwortlichen Arzt geschlossen.

Präambel

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat zum 1. Januar 2004 in dem Abschnitt B Nr. 4 der Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen (KFE-RL) ein Programm zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening eingeführt. Die weitere Ausgestaltung wurde in der Anlage 9.2 BMV-Ä festgelegt. Beide Dokumente wurden im Deutschen Ärzteblatt, Heft 4 vom 23. Januar 2004 veröffentlicht. Die jeweils aktuelle Version der rechtlichen Grundlagen und Leitlinien zum Mammographie-Screening können im Internet unter <https://fachservice.mammo-programm.de/> abgerufen werden.

Ziel des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie Screening ist die deutliche Senkung der Brustkrebssterblichkeit in der anspruchsberechtigten Bevölkerungsgruppe (Frauen ab dem Alter von 50 Jahren bis zum Ende des 70. Lebensjahres). Gleichzeitig sollen die Belastungen, die mit einem Mammographie-Screening verbunden sein können, minimiert werden. Das Programm ist

in regionale Versorgungsprogramme gegliedert, das für Baden-Württemberg die Grenzen des Bundeslandes und damit das Gebiet der KV Baden-Württemberg umfasst. Ein regionales Versorgungsprogramm ist wiederum in regionale Screening-Einheiten untergliedert, für die so genannte Programmverantwortliche Ärzte Versorgungsaufträge erhalten können.

1. Verfahren der Ausschreibung

Die KV Baden-Württemberg führt ein öffentliches Ausschreibungsverfahren des Versorgungsauftrages für die Screening-Einheit 4 durch. Das Verfahren verläuft **zweistufig** (§ 4 der Anlage 9.2 BMV-Ä):

1. Bei Erfüllung der Voraussetzungen für eine Bewerbung nach § 5 Abs. 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä erhält der Bewerber Ausschreibungsunterlagen zugesandt, die er zusammen mit seinem Konzept zur Organisation des Versorgungsauftrages bis zum 15.08.2020 bei der KV Baden-Württemberg in Reutlingen einreicht.
2. Gem. § 4 Abs. 2 c der Anlage 9.2 BMV-Ä kann die KV Baden-Württemberg im Einvernehmen mit den Verbänden der baden-württembergischen Krankenkassen nach pflichtgemäßem Ermessen innerhalb von zwei Monaten nach Eingang der Bewerbungen eine Genehmigung (ggfs. unter Auflagen) zur Übernahme des Versorgungsauftrages erteilen.

Ein umfassendes Konzept zur Organisation des Versorgungsauftrages nach § 4 Abs. 2 b) i.V.m. § 5 Abs. 2 b) und c) Anlage 9.2 BMV-Ä ist entbehrlich, sofern die Voraussetzungen an die Verfügbarkeit und Qualifikation der im Rahmen des Versorgungsauftrages kooperierenden Ärzte und radiologischen Fachkräfte in der jeweiligen Screening-Einheit sowie die sachlichen Voraussetzungen zur Praxisausstattung und apparativer Ausstattung bereits durch die in der jeweiligen Screening-Einheit tätigen Programmverantwortlichen Ärzte erfüllt und nachgewiesen wurden. Der Bewerber muss detaillierte Angaben zu den persönlichen Voraussetzungen gemäß § 5 Abs. 2a) Anlage 9.2 BMV-Ä machen.

Im Fall der Nachfolge eines(r) Programmverantwortlichen Arztes (Ärztin) ist Entscheidungsgrundlage die persönliche Qualifikation der Bewerber und deren zeitliche Verfügbarkeit zur Erfüllung des Versorgungsauftrages. Bei mehreren gleich geeigneten Bewerbern, die einen Versorgungsauftrag übernehmen wollen, ist ausschlaggebend, ob und wie sich der Bewerber in den schon vorhandenen Versorgungsauftrag mit dem jetzigen Programmverantwortlichen in einer Berufsausübungsgemeinschaft einbinden lässt.

Die Übernahme des Versorgungsauftrages wird ggfs. unter Auflagen genehmigt, die von dem zukünftigen Programmverantwortlichen Arzt innerhalb von neun Monaten nach Erteilung der Genehmigung und vor Übernahme des Versorgungsauftrages zu erfüllen sind. In Fällen, die der Arzt oder die radiologische Fachkraft nicht selbst zu vertreten haben, kann von der genannten Frist, nach Zustimmung der KV Baden-Württemberg, abgewichen werden. Zu den Auflagen zählen insbesondere die Erfüllung der fachlichen,

personellen und sachlichen Voraussetzungen zur Erfüllung des Versorgungsauftrages.

2. Inhalt der Versorgungsaufträge

Der Versorgungsauftrag umfasst die notwendige ärztliche Behandlung und Betreuung der Frauen einschließlich Aufklärung und Information sowie die übergreifende Versorgungsorganisation und -steuerung. Er ist umfassend und vollständig zu erfüllen.

Einzelheiten des Versorgungsauftrages ergeben sich aus Abschnitt B Nr. 3 der KFE-RL bzw. § 3 Absatz 4 der Anlage 9.2 zum BMV-Ä (die folgenden § Angaben beziehen sich auf die Anlage 9.2 zum BMV-Ä):

1. Kooperation mit der Zentralen Stelle, der Kooperationsgemeinschaft Mammographie und dem Referenzzentrum (§ 7)
2. Überprüfung des Anspruchs der Frau auf Teilnahme am Früherkennungsprogramm vor Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen (§ 8)
3. Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen (§ 9)
4. Organisation und Durchführung der Befundung der Screening-Mammographieaufnahmen (§ 10)
5. Durchführung der Konsensuskonferenz (§ 11)
6. Durchführung der Abklärungsdiagnostik (§ 12)
7. Durchführung der multidisziplinären Fallkonferenzen (§ 13)
8. Ergänzende ärztliche Aufklärung (§ 14)
9. Organisation und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen (§ 15)

3. Ablauf der Versorgungsschritte

Zu Inhalt und Ablauf der einzelnen Versorgungsschritte ist aus Sicht des Programmverantwortlichen Arztes Folgendes festzuhalten:

Über die Zentrale Stelle erhalten die anspruchsberechtigten Frauen einen Termin in einer bestimmten Mammographie-Einheit. Grundsätzlich soll die in der Einladung genannte Mammographie-Einheit aufgesucht werden. Abweichungen hiervon sind nur in Abstimmung mit der Zentralen Stelle möglich. In der Mammographie-Einheit ist zunächst zu klären, ob die Frau das Merkblatt zum Früherkennungsprogramm (siehe Anlage IV der KFE-RL) über die Zentrale Stelle erhalten hat und ob aufgrund des standardisierten Fragebogens zur Anamnese (Anlage V der KFE-RL) ein Leistungsanspruch der Frau besteht. Auf Verlangen wird die Frau zusätzlich über Strahlen- und Datenschutz im Rahmen des Screening-Programms informiert. Die Mammographie-Aufnahme wird unter verantwortlicher Leitung des Programmverantwortlichen Arztes von einer radiologischen Fachkraft erstellt. Der Programmverantwortliche Arzt organisiert die Doppelbefundung der Aufnahmen gemäß § 10 der Anlage 9.2 zum BMV-Ä, führt die Ergebnisse der Doppelbefundung zusammen und leitet gegebenenfalls eine zusätzliche Befundung im Rahmen der Konsensuskonferenz nach § 11 der Anlage 9.2 zum BMV-Ä ein. Diese Konsensuskonferenzen sollen in der Regel mindestens einmal pro Woche zusammen mit den beiden Ärzten, von denen die Doppelbefundung vorgenommen wurde, stattfinden. Frauen mit weiterhin auffälligen Befunden werden zur Abklärungsdiagnostik nach § 12 der Anlage 9.2 zum BMV-Ä eingeladen. Der Programmverantwortliche Arzt ist verpflichtet, in der Regel mindestens einmal in der Woche eine Sprechstunde zur Abklärungsdiagnostik durchzuführen. Falls erforderlich, veranlasst der Programmverantwortliche Arzt z.B. die Durchführung einer Stanzbiopsie unter Ultraschall- oder Röntgenkontrolle sowie die histopathologische Untersuchung der durch Biopsie gewonnenen Präparate. Bleibt der Verdacht auf eine maligne Erkrankung der Brust

bestehen, ruft der Programmverantwortliche Arzt in der Regel mindestens einmal in der Woche eine prä- und eine postoperative Fallkonferenz nach § 13 der Anlage 9.2 zum BMV-Ä ein.

Die Qualitätssicherung bezieht sich auf die gesamte Versorgungskette des Programms und betrifft die fachliche Qualifikation aller beteiligten Ärzte und radiologischen Fachkräfte, die organisatorischen und technischen Aspekte sowie die Evaluierung des gesamten Programms. Zu den Aufgaben der Programmverantwortlichen Ärzte im Bereich der Qualitätssicherung gehören unter anderem:

- Pflicht zur Übermittlung der Daten (§ 7 i.V. mit Anhang 9 der Anlage 9.2 zum BMV-Ä) und zwar im Rahmen des Einladungswesens, der ärztlichen Untersuchung, der Qualitätssicherung (diagnostische Bildqualität, Kontrolle der Abklärungsdiagnostik, Beurteilung der Fallsammlung, Selbstüberprüfung) und der Evaluation.
- Dokumentation gemäß Anlage VI der KFE-RL (Erstellung und Befundung der Mammographie-Aufnahmen und Teilschritte der Abklärungsdiagnostik).
- Dokumentation der Konferenzen (gemäß Anhang 1 der Anlage 9.2 zum BMV-Ä).
- Nachweise der fachlichen Befähigung gemäß Abschnitt E der Anlage 9.2 zum BMV-Ä, soweit von den Programmverantwortlichen Ärzten selbst gegenüber der KV Baden-Württemberg vorzulegen (Kooperierende Ärzte müssen den Nachweis selbst führen).
- Nachweise der Voraussetzungen der technischen Qualitätssicherung gemäß Abschnitt H der Anlage 9.2 zum BMV-Ä.
- Teilnahme an den Verfahren zur Selbstüberprüfung gemäß § 15 Abs. 2 der Anlage 9.2 zum BMV-Ä.

4. Kooperation

Die Leistungen des Versorgungsauftrages können nach dem Stand der medizinischen Erkenntnisse nur in Kooperation mit anderen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten erbracht werden. Hierzu zählen:

- Befundende Ärzte mit einer Genehmigung nach § 25 der Anlage 9.2 zum BMV-Ä, die eine konsiliarische Befundung der Mammographie-Aufnahmen vornehmen und gegebenenfalls an den gemeinsamen Konsensuskonferenzen teilnehmen.
- Ärzte nach § 27 Abs. 3 der Anlage 9.2 zum BMV-Ä, die auf Veranlassung des Programmverantwortlichen Arztes im Rahmen der Abklärungsdiagnostik die Stanzbiopsie(n) unter Röntgenkontrolle durchführen.
- Pathologen nach § 28 der Anlage 9.2 zum BMV-Ä, die die Beurteilung der histopathologischen Präparate im Rahmen der Abklärungsdiagnostik durchführen.
- Der Programmverantwortliche Arzt sollte auch mit angestellten Krankenhausärzten kooperieren, die nach § 13 der Anlage 9.2 zum BMV-Ä an den prä- und postoperativen multidisziplinären Fallkonferenzen teilnehmen und dafür eine Ermächtigung nach § 29 der Anlage 9.2 zum BMV-Ä erhalten.

5. Radiologische Fachkräfte

Die unter der Anleitung und Aufsicht des Programmverantwortlichen Arztes tätigen radiologischen Fachkräfte müssen folgende Voraussetzungen erfüllen, die der Programmverantwortliche Arzt gegenüber der KV Baden-Württemberg nachgewiesen hat: Gemäß den Änderungen der Anlage 9.2, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, Heft 47, vom 25. November 2005, kann der Programmverantwortliche Arzt radiologische Fachkräfte im Screening-Programm einsetzen, sofern diese die - Anforderungen nach § 24 Abs. 2 Nr. 1 oder 2 RöV erfüllen (z.B. MTRA).

In der Neufassung ist ferner geregelt, dass auch radiologische Fachkräfte nach § 24 Abs. 2 Nr. 3 oder 4 RÖV die Erstellung von Mammographie-Aufnahmen durchführen können (z.B. Arzthelferin), sofern die radiologische Fachkraft unter ständiger Aufsicht und Verantwortung einer Person nach § 24 Abs. 1 Nr. 1 oder 2 RÖV tätig ist.

6. Abrechnung/Vergütung

Gem. § 3 Abs. 4 der Anlage 9.2 BMV-Ä müssen die Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung der Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), die dem Versorgungsauftrag jeweils zugeordnet sind (EBM-Nrn. 01750, 01752, 01753, 01754), von den Programmverantwortlichen Ärzten erfüllt und die Leistungen bei entsprechender Indikationsstellung persönlich durchgeführt werden. Davon ausgenommen sind Leistungen, die nach diesem Vertrag von den Programmverantwortlichen Ärzten veranlasst werden können, beziehungsweise veranlasst werden müssen. Der Programmverantwortliche Arzt **kann** die Befundung von Screening-Mammographieaufnahmen (§ 18) sowie die Durchführung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle (§ 19) und **muss** die Durchführung von histopathologischen Untersuchungen (§ 20) an andere am Screening-Programm teilnehmende Ärzte, denen eine entsprechende Genehmigung (§ 16 der Anlage 9.2 BMV-Ä) erteilt worden ist, übertragen. Die Gebührenordnungsposition 01751 ist nur vom Programmverantwortlichen Arzt oder von einem durch ihn beauftragten Arzt des Mammographiescreening-Programms, der zur Abrechnung mindestens einer der Gebührenordnungspositionen 01750 bis 01759 berechtigt ist, berechnungsfähig. Die Vergütung der relevanten EBM-Positionen erfolgt extrabudgetär.

Die Screening-Mammographieaufnahmen werden durch eine radiologische Fachkraft unter verantwortlicher Leitung des Programmverantwortlichen Arztes erstellt (§ 9 Abs. 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä). Der Programmverantwortliche Arzt muss jederzeit erreichbar und gegebenenfalls in angemessener Zeit vor Ort sein.

Der Programmverantwortliche Arzt kann an der Doppelbefundung teilnehmen. In diesem Fall übernimmt ggf. sein Partner in der Berufsausübungsgemeinschaft gemäß § 3 Abs. 2 den Versorgungsauftrag (§ 10 Abs. 2 c der Anlage 9.2 zum BMV-Ä).

Die Honorare des Mammographie-Screenings unterliegen nicht dem „Regelleistungsvolumen“.

Auf die abgerechneten Leistungen werden die satzungsgemäßen Beiträge und Verwaltungskosten der KV Baden-Württemberg erhoben.

7. Bewerber

Um die Übernahme eines Versorgungsauftrages können sich an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Fachärzte für Diagnostische Radiologie bzw. Radiologische Diagnostik bzw. Radiologie sowie Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe bewerben.

Angestellte Ärzte können sich ebenso bewerben, falls die fachlichen Qualifikationen vorliegen. Sollte der angestellte Arzt den hälftigen Versorgungsauftrag erhalten, so muss der betreffende Arzt vor Übernahme des Versorgungsauftrages an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, also zumindest für die Screening-Tätigkeit ermächtigt sein oder den Status eines niedergelassenen Vertragsarztes haben.

Für die Übernahme des Versorgungsauftrages kann sich ein Arzt/ eine Ärztin bewerben, der/die mit dem jetzigen Programmverantwortlichen in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig sein wird.

Dabei ist zu beachten, dass der Arzt/ die Ärztin die Voraussetzungen für die Übernahme des Versorgungsauftrages als Programmverantwortliche Arzt /Ärztin zu erfüllen hat und dafür eine Genehmigung benötigt.

Hinweis: Für die Berufsausübungsgemeinschaft ist die jeweils aktuelle Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Baden-Württemberg sowie die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte maßgeblich.

8. Bewerbungsvoraussetzungen

Wenn Sie sich als Programmverantwortlicher Arzt /Ärztin um einen Versorgungsauftrag in der hiermit ausgeschriebenen Screening-Einheit bewerben wollen, so erhalten Sie von uns die Bewerbungsunterlagen, wenn Sie die folgenden Voraussetzungen gemäß § 5 Abs. 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä erfüllen und bis zum 31.07.2020 gegenüber der KV Baden-Württemberg vollständig nachweisen:

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Diagnostische Radiologie bzw. Radiologische Diagnostik bzw. Radiologie oder Frauenheilkunde und Geburtshilfe.
- Die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde nach § 18a Abs. 1 und 2 Röntgenverordnung.
- Erfüllung der fachlichen Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der kurativen Mammographie gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie nach § 135 Abs. 2 SGB V.
- Erfüllung der fachlichen Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschall-diagnostik der Mamma gemäß der Ultraschall-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V.

Sollten Sie diese Voraussetzungen bereits gegenüber der KV Baden-Württemberg nachgewiesen haben, so ist ein erneuter Nachweis nicht erforderlich. **Die Bewerbungsunterlagen werden Ihnen dennoch nur auf Ihren Antrag hin zugeschickt.**

9. Genehmigungsverfahren:

9.1 Bewerbung und Konzept

Sie haben bis zum **15.08.2020** Zeit, Ihre Bewerbungsunterlagen und das Konzept zur Organisation des Versorgungsauftrages für die ausgeschriebene Screening-Einheit bei der KV Baden-Württemberg, Bezirksdirektion Karlsruhe einzureichen.

Ihr Konzept muss nach § 5 Abs. 2 der Anlage 9.2 BMV-Ä detaillierte Angaben enthalten zu:

- a.) persönlichen Voraussetzungen
 - Angabe zur Teilnahme an dem multidisziplinären Kurs zur Einführung in das Früherkennungsprogramm gemäß Anhang 2 Nr. 1.
 - Ggf. Tätigkeit im Rahmen des Früherkennungsprogramms.
- b.) Verfügbarkeit und Qualifikationen der im Rahmen des Versorgungsauftrages kooperierenden Ärzte und radiologischen Fachkräfte in der Screening-Einheit
 - Gegebenenfalls Mitbewerber auf Übernahme des Versorgungsauftrages im Rahmen einer Berufsausübungsgemeinschaft (§ 3 Abs. 2),
 - Vertreter (§ 32 Abs. 3),
 - Ärzte, die veranlasste Leistungen übernehmen (Abschnitt C),
 - Radiologische Fachkräfte (§ 24 Abs. 2).

- c.) sachlichen Voraussetzungen, d.h. Planung und Stand der Praxisausstattung (§ 31), insbesondere
- bauliche Maßnahmen, mobile Mammographieeinrichtungen
 - apparative Ausstattung (Röntengeräte(e) für Screening-Mammographieaufnahmen, Geräte für die Abklärungsdiagnostik) (§§ 33 und 34).

Ein Verweis auf den bereits bestehenden Versorgungsauftrag ist möglich.

9.2 Genehmigung unter Auflagen

Nach Prüfung der eingereichten Konzepte kann die KV Baden-Württemberg im Einvernehmen mit den Krankenkassenverbänden in Baden-Württemberg eine Genehmigung zur Durchführung des Versorgungsauftrages erteilen, die mit Auflagen verbunden sein kann. Diese Auflagen sind innerhalb von **neun** Monaten nach Erteilung der Genehmigung und vor dem Beginn der Übernahme des Versorgungsauftrages zu erfüllen und nachzuweisen. In Fällen, die der Arzt oder die radiologische Fachkraft nicht selber zu vertreten haben, kann von der genannten Frist, nach Zustimmung der KV Baden-Württemberg, abgewichen werden.

Zu den Auflagen zählen gemäß § 5 Abs. 5 der Anlage 9.2 BMV-Ä:

- 1) Zulassung gemäß § 25 RöV zur Durchführung der Röntgenuntersuchungen.
- 2) Fachliche Befähigung zur Erstellung und Befundung von Screening-Mammographieaufnahmen (§ 24 Abs. 1 und 2).
- 3) Fachliche Befähigung zur Ultraschalldiagnostik (§ 26 Abs. 1).
- 4) Fachliche Befähigung zur Biopsie unter Ultraschallkontrolle (§ 27 Abs. 1).
- 5) Teilnahme an dem Fortbildungskurs für Programmverantwortliche Ärzte gemäß Anhang 2 Nr. 2. Dieser Kurs muss zusammen mit den vorgeschriebenen Kursen nach Ziffern 2 bis 4 innerhalb von sechs Monaten vor Aufnahme der Tätigkeit in dem Referenzzentrum nach Ziffer 8 absolviert sein. In Fällen, die der Arzt oder die radiologische Fachkraft nicht selber zu vertreten haben, kann von den genannten Fristen und der vorgesehenen Reihenfolge der Kurse, nach Zustimmung der KV Baden-Württemberg, abgewichen werden.
- 6) Praxisausstattung und -organisation (Abschnitt G).
- 7) Apparative Ausstattung der Röntgendiagnostikeinrichtungen (§ 33 Nr. 1 sowie Anhang 6) und Ultraschalldiagnostikeinrichtungen (§ 34 sowie Anhang 8).
- 8) Tätigkeit über mindestens 160 Stunden an 20 Arbeitstagen in einem Referenzzentrum (§ 6 Abs. 2). Die Tätigkeit kann in zwei Blöcke aufgeteilt werden und muss insbesondere umfassen:
 - Teilnahme an den Konsensuskonferenzen
 - Teilnahme an den Sprechstunden zur Abklärungsdiagnostik
 - Teilnahme an den multidisziplinären Fallkonferenzen
 - Selbständige Beurteilung der Screening-Mammographieaufnahmen von mindestens 3.000 Frauen unter Anleitung durch den Leiter eines Referenzzentrums.
- 9) Zertifizierung durch die Kooperationsgemeinschaft (Abschnitt J).

Zusätzlich wird der Programmverantwortliche Arzt in den ersten drei Monaten nach Aufnahme der Tätigkeit durch den Leiter des Referenzzentrums spezifisch betreut (§ 5 Abs. 5 i der Anlage 9.2 BMV-Ä).

Erfüllt der Bewerber die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 5 nicht innerhalb eines Zeitraums von neun Monaten nach Erteilung der Genehmigung und vor dem Beginn der Übernahme des Versorgungsauftrages, so wird die Genehmigung widerrufen. In Fällen,

die der Arzt nicht selber zu vertreten hat, kann von der genannten Frist, nach Zustimmung der KV Baden-Württemberg, abgewichen werden.

Die Genehmigung für die Übernahme eines Versorgungsauftrages wird unbefristet erteilt.

10. Bewerbungsfristen und Anschrift

Die Bewerbung für den Erhalt einer vorläufigen, oder bei Vorliegen aller Voraussetzungen, endgültigen Genehmigung zur Übernahme des Versorgungsauftrages für eine Screening-Einheit erfolgt in **zwei Stufen**:

1. Bis spätestens 31.07.2020 muss der Bewerber nachweisen, dass von ihm die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä erfüllt sind (für Einzelheiten siehe Punkt 8 „Bewerbungsvoraussetzungen“) und der Bewerber muss schriftlich den Antrag auf Zusendung der Bewerbungsunterlagen bei der KV Baden-Württemberg gestellt haben. Dieser Antrag soll formlos mit einem entsprechenden Brief erfolgen.
2. Bei Erfüllung aller Bewerbungsvoraussetzungen versendet die KV Baden-Württemberg die vollständigen Bewerbungsunterlagen. Anhand der Vorgaben dieser Bewerbungsunterlagen ist der vollständige Versorgungsplan **bis spätestens 15.08.2020** bei der KV Baden-Württemberg, schriftlich in einem verschlossenen Umschlag, bei folgender Anschrift einzureichen:

**Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg,
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement,
z. Hd. Frau Susanne Flohr
Stichwort: Ausschreibung Mammographie-Screening,
Bezirksdirektion Reutlingen
Haldenhausstr. 11 72770 Reutlingen**

Nach diesem Zeitpunkt können keine Bewerbungen mehr angenommen werden.

11. Kontaktadresse

Für Rückfragen steht Ihnen als Ansprechpartnerin Frau Flohr, Geschäftsbereich Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement, Bezirksdirektion Reutlingen, Telefon: 07121-917-2250 Email: susanne.flohr@kvbawue.de oder Frau Fichter, Telefon: 0711-7875-3284, lara.fichter@kvbawue.de zur Verfügung.