

# KVS-Aktuell 1: Abrechnung/EBM



Anlage zu KVS-Aktuell 1/ 2018 vom 07.02.2018

## Für den Arzt und das Praxisteam

1. Screening zur Früherkennung von Bauchaortenaneurysmen zum 1. Januar 2018 abrechenbar von Hausärzten, Urologen, Internisten (mit und ohne Schwerpunkt), Chirurgen und Radiologen ..... 2
2. HLA- und HPA-Antikörperdiagnostik – Neue Leistungen im EBM ab dem 1. Januar 2018 ..... 3
3. Hörgeräteversorgung: Höhere Bewertung zum 1. Januar 2018 ..... 4
4. Humangenetik und Labor ..... 5
5. Medikationsplan: EBM-Änderungen zum 1. Januar 2018 ..... 6
6. Notfalldatenmanagement - Ab 1. Januar 2018 neue Leistungen im EBM ..... 6
7. Schrittmachersysteme: Übergangsregelung erneut verlängert ..... 8
8. Transurethrale Botulinumtoxin-Therapie abrechenbar für Gynäkologen und Urologen ab dem 1. Januar 2018 ..... 8
9. Unterschriftenregelung für das „Ersatzverfahren“ ..... 10
10. Der Versichertennachweis der Krankenkasse sowie weitere Unterlagen verbleiben in der Arztpraxis ..... 12
11. Psychotherapie: Abrechnungshinweise zur Gruppentherapie ..... 12
12. Erbringung von Narkosen gemäß Abschnitt 5.3 im Zusammenhang mit zahnärztlichen und/oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Eingriffen oder endoskopischen Untersuchungen der Verdauungswege ..... 14



**Kassenärztliche Vereinigung Saarland**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Europaallee 7 - 9  
66113 Saarbrücken

Telefon: 0681 99 83 70  
Telefax: 0681 99 83 7-140

E-Mail: [info@kvsaarland.de](mailto:info@kvsaarland.de)

**Internet: [www.kvsaarland.de](http://www.kvsaarland.de)**

---

## 1. Screening zur Früherkennung von Bauchaortenaneurysmen zum 1. Januar 2018 abrechenbar von Hausärzten, Urologen, Internisten (mit und ohne Schwerpunkt), Chirurgen und Radiologen

---

Um die Leistungen der Richtlinie Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen (US-BAA-RL) abzubilden, werden zum 1. Januar 2018 zwei neue GOPen 01747 und 01748 in den EBM-Abschnitt 1.7.2 „Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen“ aufgenommen:

<b>GOP</b>	<b>Kurzbeschreibung</b>	<b>Erläuterung</b>	<b>Bewertung</b>
01747	„Aufklärung zum Screening“	Mit der GOP 01747 kann die ärztliche Aufklärung zum Screening auf Bauchaortenaneurysmen und die Ausgabe der Versicherteninformation abgerechnet werden. Die Beratungsleistung kann von Hausärzten, Urologen, Internisten (mit und ohne Schwerpunkt) Chirurgen und Radiologen berechnet werden. Dabei sollte die Abrechnung der Aufklärung durch Radiologen als ausschließlich auftragnehmende Fachgruppe nicht die Regel sein. Die Beratung zum Ultraschallscreening kann auch im Zusammenhang mit der Gesundheitsuntersuchung (GOP 01732) berechnet werden, sofern die jeweiligen Voraussetzungen zur Inanspruchnahme erfüllt sind.	57 Punkte (6,00 €)
01748	„Ultraschallscreening der Bauchaorta“	Die GOP 01748 ist für die sonographische Untersuchung der Bauchaorta nach § 4 US-BAA-RL berechnungsfähig. Abrechnen dürfen die Leistungen Hausärzte, Urologen, Internisten (mit und ohne Schwerpunkt), Chirurgen und Radiologen. Voraussetzung für die Abrechnung ist eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschallvereinbarung (Gemäß § 135 Abs. 2 SGB V.)	148 Punkte (15,58 €)

**Die Gebührenordnungspositionen 01747 und 01748 sind nur bei männlichen Patienten ab dem Alter von 65 Jahren einmalig berechnungsfähig.**

Um bei Bedarf im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung auch weitere Organe des Abdomens sonographisch untersuchen zu können, ist es möglich, die GOP 01748 neben der GOP 33042 (Sonographie Abdomen, 157 Punkte) zu berechnen. In diesen Fällen ist aufgrund sich überschneidender Leistungsinhalte jedoch ein Abschlag von 77 Punkten auf die GOP 33042 vorzunehmen, so dass zusätzlich zur GOP 01748 noch 80 Punkte vergütet werden. **Hierfür wurde nun eine bundeseinheitliche, kodierte Zusatzziffer aufgenommen. Zur Kennzeichnung gilt nun die GOP 33042A, für die auch eine reduzierte Prüfzeit (fünf statt neun Minuten) gilt.**

### Ansprechpartner:

Service Center

☎ 0681-998370

✉: [servicecenter@kvsaarland.de](mailto:servicecenter@kvsaarland.de)

---

## 2. HLA- und HPA-Antikörperdiagnostik – Neue Leistungen im EBM ab dem 1. Januar 2018

---

Zum 1. Januar 2018 wird die HLA- und HPA-Antikörperdiagnostik im EBM neu gefasst und an den aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik angepasst. Die Vergütung der neuen Leistungen soll extrabudgetär erfolgen.

### Neuerung zur GOP 32530

Die bisherige GOP 32530 zum Nachweis von zytotoxischen Alloantikörpern wird gestrichen. Sie wird als Leistung nach der GOP 32915 im Abschnitt 32.3.15.1 als transplantationsvorbereitende Untersuchung und nach der GOP 32939 im Abschnitt 32.3.15.2 als allgemeine immunogenetische Untersuchung fortgeführt.

### Neue GOP zur HLA- und HPA-Antikörperdiagnostik

Als Anpassung an den Stand von Wissenschaft und Technik werden neue Leistungen zur weiteren Spezifizierung von Antikörpern gegen HLA-Antigene der Klassen I und II in den EBM aufgenommen – jeweils in die Abschnitte 32.3.15.1 und 32.3.15.2. Neu aufgenommen werden auch die für die vertragsärztliche Versorgung insbesondere von Transplantatträgern und onkologischen Patienten bedeutsamen Untersuchungen zum Nachweis und zur Spezifizierung von Antikörpern gegen HPA-Antigene (GOP 32948 und 32949). Damit wird den Anforderungen einer Versorgung mit histokompatiblen Blutprodukten im vertragsärztlichen Bereich Rechnung getragen.

### Genehmigung zur Erbringung der neuen GOP

Zur Erbringung der neuen GOP, beantragen Sie bitte eine Genehmigung in unserem Bereich Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement.

<b>Neue GOPen zur HLA- und HPA-Antikörperdiagnostik</b>			
<b>GOP Abschnitt</b>	<b>GOP Abschnitt</b>	<b>Kurzbeschreibung</b>	<b>Bewertung</b>
32915	32939	Nachweis von Antikörpern gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Lymphozytotoxizitäts-Test, ggf. einschließlich Vorbehandlung mit Dithiothreitol  je HLA-Klasse höchstens zweimal im Behandlungsfall	29,50
32916	32940	Nachweis von Antikörpern gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Festphasenmethoden  je HLA-Klasse und je Immunglobulinklasse höchstens viermal im Behandlungsfall	47,30 €
32917	32941	Spezifizierung der Antikörper gegen HLA-Klasse I oder II Antigene unter Anwendung spezifisch charakterisierter HLA-Antigenpanel auf unterscheidbaren Festphasen.  je HLA-Klasse: nur bei bekannter Reaktivität gegen HLA-Klasse I oder II Antigene	79,00 €

32918	32942	Spezifizierung der Antikörper gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Single-Antigen-Festphasentest  je HLA-Klasse	150,00 €
-	32943	Zuschlag auf die GOPen 32917, 32918, 32941, 32942 für die Spezifizierung der Antikörper gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Komplement-abhängigem und/oder IgG-Subklassenspezifischem Single-Antigen-Festphasentest  je HLA-Klasse	150,00 €
-	32948	Nachweis von Allo-Antikörpern gegen Antigene des HPA-Systems	28,70 €
-	32949	Spezifizierung von HPA-Antikörpern gegen Thrombozyten mittels Glykoprotein-spezifischer Festphasenmethoden  je Glykoproteinkomplex Höchstwert im Behandlungsfall: 114,80 Euro	28,70 €

**Ansprechpartner:**

Service Center

☎ 0681-998370

✉: servicecenter@kvsaarland.de

---

### 3. Hörgeräteversorgung: Höhere Bewertung zum 1. Januar 2018

---

In den EBM-Kapiteln 9 (HNO) und 20 (Phoniatrie/Pädaudiologie) erfolgen zum 1. Januar 2018 verschiedene Änderungen.

Hörgeräteversorgung: Höhere Bewertung

Durch eine Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses im Abschnitt C „Hörhilfen“ ist zur Überprüfung des Hörhilfenversorgungsergebnisses nun eine Testung mit dem Freiburger Einsilbertest im Störschall vorgesehen. Da hierdurch die Diagnostik vor der Hörgeräteverordnung, die erste Nachuntersuchung sowie die Nachsorge umfassender und zeitaufwendiger werden, erfolgt eine höhere Bewertung der GOPen zum 1. Januar 2018.

GOP	Bewertung in Punkten	
	bis 31. Dezember 2017	ab 1. Januar 2018
<b>09372 / 20372</b> Hörgeräteversorgung bei Jugendlichen und Erwachsenen	49,57 €* (469 Punkte)	52,63 €* (494 Punkte)
<b>09373 / 20373</b> Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach Hörgeräteversorgung bei Jugendlichen und Erwachsenen	42,72 €* (401 Punkte)	55,72* (523 Punkte)
09374 / 20374 Zusatzpauschale für die Nachsorge(n) bei Hörgeräteversorgung	36,57 €* (347 Punkte)	48,16* (452 Punkte)

\*gemäß bundeseinheitlichem Orientierungswert 2018 (10,6543 Cent)

Der Mehrbedarf wird durch eine Erhöhung der MGV finanziert.

Zudem werden die obligaten Leistungsinhalte der GOP 09373/20373 und 09374/20374 um den Verweis auf die Hilfsmittel-Richtlinie ergänzt.

Die GOP 20338 bis 20340 für die Hörgeräteversorgung bei einem Säugling, Kleinkind oder Kind werden nicht angepasst. Gründe hierfür sind, dass die Messung im Störschall bereits in den Leistungen enthalten sind und der Freiburger Einsilbertest für diese Altersgruppen nur bedingt geeignet ist.

#### Entfristung verschiedener GOP

Die befristeten Beschlüsse bis zum 31. Dezember 2017 der Leistungen zur Therapie des Nasenblutens, zur Diagnostik des Tinnitus, zur postoperativen Behandlung nach chronischer Sinusitis und nach Tympanoplastik des Typs II bis V sowie für die Verordnung und Nachsorge im Rahmen der Hörgeräteversorgung wurden entfristet. Damit stehen sie den Fachgebieten Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Phoniatrie/Pädaudiologie nun dauerhaft zur Verfügung.

#### **Ansprechpartner:**

Service Center

☎ 0681-998370

✉: servicecenter@kvsaarland.de

---

## **4. Humangenetik und Labor**

---

Die Berechnung der GOP 11235 und 11236 im Abschnitt 11.3 EBM setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Absatz 2 SGB V voraus. Die Verhandlungen über eine entsprechende Qualitätssicherungsvereinbarung sind noch nicht abgeschlossen. Die Frist für die Berechnungsfähigkeiten ohne Genehmigung wird daher nochmals bis zum 31. Dezember 2018 verlängert.

Der Bewertungsausschuss nimmt gemäß der Regelung in § 87 Absatz 5b Satz 5 SGB V zur zeitgleichen Aufnahme einer sogenannten Companion Diagnostic mit Abschluss der Nutzenbewertung den Nachweis der T790M-EGFR-Mutation vor der Gabe von Osimertinib (Tagrisso®) in den EDM auf. Der Nachweis der T790M-EGFR-Mutation ist gemäß der Fachinformation des Arzneimittels Tagrisso® eine zwingend erforderliche Leistung vor Verordnung bei erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht kleinzelligem Lungenkarzinom. Die Fachinformation sieht in diesem Fall auch die Möglichkeit der Bestimmung im Plasma vor. Zur Abbildung dieser Untersuchung werden die indikationsbezogene GOP 19460 in den Abschnitt 19.4.4 EBM und als weitere Ausnahme in die Bestimmungen 19.4 Nummer 1 Satz 2 um die GOP 19460 aufgenommen.

Die Vergütung der GOP 19460 erfolgt wie für alle Leistungen des Abschnitts 19.4.4 extrabudgetär.

Im Abschnitt 19.4.3 EBM Bestimmung Nr. 1 sind besondere Anforderungen an die Veranlassung zur Diagnostik hämatologischer Neoplasien abgebildet. Somit können nun auch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und -Onkologie die Leistungen des Kapitels 19.4.3 veranlassen.

#### **Ansprechpartner:**

Service Center

☎ 0681-998370

✉: servicecenter@kvsaarland.de

---

## 5. Medikationsplan: EBM-Änderungen zum 1. Januar 2018

---

Die mit Beschlussteil C erfolgten Änderungen der GOP 01630 EBM (Zuschlag für die Erstellung eines Medikationsplans) für Hausärzte und Kinder- und Jugendärzte sowie für Fachärzte wurden zum 1. Januar 2018 beschlossen.

Die genauen Details des Beschlusses sowie alle Änderungen 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:

Service Center

☎ 0681-998370

✉: [servicecenter@kvsaarland.de](mailto:servicecenter@kvsaarland.de)

---

## 6. Notfalldatenmanagement - Ab 1. Januar 2018 neue Leistungen im EBM

---

Für das Anlegen, Aktualisieren und Löschen eines Notfalldatensatzes auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) werden zum 1. Januar 2018 drei neue Leistungen in den EBM aufgenommen. Das Notfalldatenmanagement (NFDm) dient der übersichtlichen Darstellung von Medikamenten, Diagnosen und Informationen, die bei einem Notfall für behandelnde Ärzte auf der eGK wichtig sein könnten. Mit Einführung der neuen Leistungen und der TI-Finanzierungsvereinbarung werden die Vorgaben aus dem E-Health-Gesetz umgesetzt.

Die drei neuen Leistungen (GOP 01640, 01641 und 01642) sind für alle Fachgruppen mit persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten vorgesehen.

### Die Leistungen für das Notfalldatenmanagement

#### **Anlegen des Notfalldatensatzes**

Für das Anlegen eines Notfalldatensatzes können Sie die **GOP 01640** abrechnen. Voraussetzung hierfür ist, dass die Einwilligung des Patienten eingeholt wird und die Anlage medizinisch notwendig ist. Die GOP 01640 kann zudem nur dann abgerechnet werden, wenn noch kein Notfalldatensatz auf der eGK vorhanden ist. Sie sind berechtigt, die Leistung abzurechnen, wenn Sie durch Diagnostik und/oder Therapie ein umfassendes Bild zu Befunden, Diagnosen und Therapiemaßnahmen des Patienten haben bzw. infolge einer krankheitsspezifischen Diagnostik und/oder Therapie über notfallrelevante Informationen (Allergien, Unverträglichkeiten oder besonderen Hinweisen) zum Patienten verfügen. Die GOP 01640 wird vom Vertragsarzt in Ansatz gebracht, sie ist ein Zuschlag zu allen Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen.

#### **Pauschale Vergütung (Überprüfung und Aktualisierung des Notfalldatenmanagements)**

Die neue **GOP 01641** dient der pauschalen Vergütung für verschiedene Tätigkeiten (z. B. Überprüfung und Aktualisierung des Notfalldatensatzes auf der eGK) bezogen auf den Notfalldatensatz, unabhängig davon, ob sie tatsächlich in dem jeweiligen Quartal bei dem Patienten erfolgen. **Die GOP 01641 wird automatisch von der KV Saarland zu allen Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen zugesetzt.**

## Löschung des Notfalldatensatzes

Auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten müssen sämtliche notfallrelevanten Informationen von Ihnen gelöscht werden. Hierfür können Sie die **GOP 01642** abrechnen.

### Hinweis:

- Bitte beachten Sie, dass die drei Leistungen im Behandlungsfall nicht nebeneinander abgerechnet werden können.
- Zudem ist das (Wieder-)Anlegen eines Notfalldatensatzes (GOP 01640) durch dieselbe Vertragsarztpraxis nach einer Löschung (GOP 01642) in den unmittelbar folgenden drei Quartalen nicht berechnungsfähig.

Die Leistungen sollen für die nächsten drei Jahre extrabudgetär vergütet werden.

Neue GOPen im Abschnitt 1.6 EBM		
<b>GOP</b>	<b>Kurzbeschreibung</b>	<b>Bewertung</b>
01640	<u>Anlage des Notfalldatensatzes</u>  Nur berechnungsfähig wenn noch kein Notfalldatensatz auf der eGK vorhanden ist und notfallrelevante Informationen existieren  Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und Einholung der Einwilligung des Patienten  Einmal im Krankheitsfall	8,52 €* (80 Punkte)
01641	<u>Überprüfung und Aktualisierung des Notfalldatensatzes</u>  <b>Wird von der KV Saarland automatisch zugewiesen</b>  Einmal im Behandlungsfall	0,43 €* (4 Punkte)
01642	<u>Löschung des Notfalldatensatzes</u>  Auf Wunsch des Patienten  Einmal im Behandlungsfall  Bitte beachten Sie die Sperrfrist (s. Hinweis)	0,11 €* (1 Punkt)

\* gemäß bundeseinheitlichem Orientierungswert 2018 (10,6543 Cent)

### Technische Voraussetzungen

Um die drei neuen Leistungen (GOP 01640, 01641 und 01642) abrechnen zu können, müssen Sie in Ihrer Praxis über die technische Voraussetzung der Telematikinfrastruktur (TI) und die erforderlichen Komponenten (Konnektor-Modul NFDM, evtl. zusätzliches Kartenterminal im Sprechzimmer und elektronischen Heilberufsausweis) für das Notfalldatenmanagement verfügen. Die Vergütung für die Technik, die Sie zusätzlich für das Notfalldatenmanagement (NFDM) benötigen, finden Sie in der TI-Finanzierungsvereinbarung.

### **Ansprechpartner:**

Service Center

☎ 0681-998370

✉ servicecenter@kvsaarland.de

## 7. Schrittmachersysteme: Übergangsregelung erneut verlängert

Die Übergangsregelung der GOP 04413 bis 04416 und 13573 bis 13576 (Konventionelle bzw. telemedizinische Funktionsanalyse eines Defibrillators/Kardioverters bzw. CRT-Systems) wird erneut um ein halbes Jahr bis zum 30. Juni 2018 verlängert. Grund ist, dass die Beratungen zur Qualitätssicherungsvereinbarung zur Funktionsanalyse von Kardioverters beziehungsweise Defibrillatoren und Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie nach § 135 Absatz 2 SGB V noch andauern.

### Ansprechpartner:

Service Center

☎ 0681-998370

✉: servicecenter@kvsaarland.de

## 8. Transurethrale Botulinumtoxin-Therapie abrechenbar für Gynäkologen und Urologen ab dem 1. Januar 2018

Seit 2013 ist das Botulinumtoxin-A enthaltende Arzneimittel Botox® für folgende Indikationsbereiche zugelassen:

- Idiopathische überaktive Blase mit den Symptomen Harninkontinenz, imperativer Harn-drang und Pollakisurie bei erwachsenen Patienten, die auf Anticholinergika nur unzu-reichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben

und

- Harninkontinenz bei Erwachsenen mit neurogener Detrusorhyperaktivität bei neurogener Blase infolge einer stabilen subzervikalen Rückenmarksverletzung oder Multipler Sklerose.

Zum 1. Januar 2018 wurden jeweils zwei neue GOPen in das gynäkologische und urologische Kapitel aufgenommen. Damit sollen die ärztlichen Aufwände im Zusammenhang mit der transurethralen Botulinumtoxin-Therapie abgebildet werden. Zudem wird eine Sachkosten-pauschale in den Abschnitt 40.5 eingeführt.

Überblick zu den neuen GOPen im Abschnitt 8.3 (Gynäkologie) und Abschnitt 26.3 (Urologie)					
Gynäkologie		Urologie		Kurzbeschreibung	Bewertung
Zuschlag	GOP	Zuschlag	GOP		
08312	08311	26316	26310 26311	Zuschläge zur Zystoskopie für die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin  Je vollendete 10 Minuten  Höchstens fünfmal je Sitzung  Höchstens 15-mal im Krankheitsfall	30,01 €* (282 Punkte)
08313	08312	26317	26316	Zuschläge für die Beobachtung eines Patienten im Anschluss an die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin	15,24 €* (143 Punkte)



			Beobachtung für mindestens 30 Minuten Einmal am Behandlungstag Höchstens dreimal im Krankheitsfall	
	40161		Sachkostenpauschale bei Durchführung einer transurethraler Therapie mit Botulinumtoxin für die beim Eingriff eingesetzte(n) zystoskopische(n) Injektionsnadel(n), -kanüle(n) oder -katheter	45,00 €

Die GOP 08312, 26316 ist nur bei erwachsenen Patienten mit idiopathischer überaktiver Blase mit den Symptomen Harninkontinenz, imperativer Harndrang und Pollakisurie, die auf Anticholinergika nur unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben und/oder bei Erwachsenen mit Harninkontinenz mit neurogener Detrusorhyperaktivität bei neurogener Blase infolge einer stabilen subzervikalen Rückenmarksverletzung oder Multipler Sklerose berechnungsfähig.

**Voraussetzung: Abrechnungsgenehmigung durch die KV Saarland**

Die Berechnung der jeweiligen GOP setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland voraus. Diese wird erteilt, wenn jährlich gegenüber der KV Saarland die Teilnahme an den von der jeweiligen Landesärztekammer anerkannten Fortbildungen zur Therapie von Blasenfunktionsstörungen im Umfang von insgesamt mindestens 8 CME-Punkten nachgewiesen wird.

**Sofern Sie Leistungen nach der GOP 08312 oder 26316 EBM abrechnen möchten, bitten wir um Mitteilung. Wir werden Ihnen dann das entsprechende Antragsformular zukommen lassen.**

**Vergütung erfolgt extrabudgetär**

Alle neuen GOPen sowie die bestehenden GOPen 08311, 26310, und 26311 (Zystoskopien), die in derselben Sitzung mit den GOPen 08312 oder 26316 (neue Zuschläge) erbracht werden, werden außerhalb der MGV vergütet.

**Hinweis:**

Bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin durchgeführt wird, werden die Zystoskopien nach den GOPen 08311, 26310 und 26311 mit dem Buchstaben „T“ gekennzeichnet.

**Ansprechpartner:**

Service Center

☎ 0681-998370

✉: [servicecenter@kvsaarland.de](mailto:servicecenter@kvsaarland.de)

## 9. Unterschriftenregelung für das „Ersatzverfahren“

In einigen Situationen ist es nicht möglich eine elektronische Gesundheitskarte (eGK) einzulesen. Im Folgenden haben wir Ihnen die derzeit geltenden Bestimmungen des Bundesmantelvertrages bei der Anwendung des sog. „Ersatzverfahrens“ zusammengefasst.

Situation	Vorgehensweise
<b>Patient hat Karte vergessen</b>	<b>Ersatzverfahren ist <u>NICHT</u> möglich</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Der Patient muss die Karte nachreichen</li><li>• Nach Ablauf von 10 Tagen können bei Fehlen der Karte die Leistungen privat liquidiert werden. Allerdings müssen die Beträge wieder zurückerstattet werden, wenn bis Ende des Quartals die Karte noch nachgereicht wird.</li></ul>
<b>Notfallbehandlung</b> Sollte bei einer Notfallbehandlung, die über Muster 19 – Notfall/-Vertretung (Scheinart 41 u. Scheinart 43 für Krankenhäuser/ermächtigte Ärzte) abgerechnet werden, bei der keine eGK vorgelegt wird oder eine ungültige eGK vorgelegt wird.	<b>Ersatzverfahren ist möglich</b> s. Vorgehensweise Folgeseite
<b>Anderung Versichertenstatus</b> Die neue KVK liegt noch nicht vor	<b>Ersatzverfahren ist möglich</b> s. Vorgehensweise Folgeseite
<b>Die Karte ist defekt</b>	<b>Ersatzverfahren ist möglich</b> s. Vorgehensweise Folgeseite
<b>Kartenterminal/Drucker defekt</b>	<b>Ersatzverfahren ist möglich</b> s. Vorgehensweise Folgeseite
<b>Hausbesuche</b> Sollte bei Hausbesuchen kein mobiles Kartenlesegerät zur Verfügung stehen	<b>Ersatzverfahren ist möglich</b> s. Vorgehensweise Folgeseite

### Vorgehensweise

#### 1. Zu erhebende Daten im Ersatzverfahren:

Nach Nr. 3 der Anlage 4a BMV sind im Ersatzverfahren – aufgrund von Unterlagen in der Patientendatei oder von Angaben des Versicherten – folgende Daten zu erheben.

- Bezeichnung der Krankenkasse
- Name des Versicherten
- Geburtsdatum des Versicherten
- Versichertenstatus
- Postleitzahl des Wohnortes
- Nach Möglichkeit auch die Krankenversicherungsnummer

Diese Daten sind bei der Abrechnung und der Ausstellung von Vordrucken anzugeben.

## 2. Unterschrift des Versicherten und des Vertragsarztes

### Versicherter

Auch im Ersatzverfahren hat der Versicherte durch seine Unterschrift das Bestehen der Mitgliedschaft auf dem Abrechnungsschein (Muster 5) zu bestätigen. Dies gilt nicht für Vordruck-Muster 19, sofern es im Notfalldienst verwendet wird.

The image shows a form titled 'Abrechnungsschein' (Billing Slip) with the reference 'Freigabe 01.09.2014' and '05'. It contains several sections: 'Krankenkasse bzw. Kostenträger' (Health Insurance/Insurer), 'Name, Vorname des Versicherten' (Patient Name), 'geb. am' (Date of Birth), 'Kostenträgerkennung' (Insurer ID), 'Versicherten-Nr.' (Member ID), 'Status', 'Behandlungs-Nr.' (Treatment No.), 'Arzt-Nr.' (Physician No.), and 'Datum' (Date). There are checkboxes for 'ambulante Behandlung' (outpatient treatment) and 'bei belegärztlicher Behandlung' (inpatient treatment), and a section for 'Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen' (Diagnoses/Justification). A large table with columns for 'Tag' (Day) and 'Mon.' (Month) is provided for recording treatment dates. A box on the right contains the text 'Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.' (I am insured with the above-mentioned health insurance) and a line for 'Unterschrift' (Signature). A large arrow points from this box to a separate text box on the right.

Unterschrift des Versicherten  
hier muss die Mitgliedschaft  
bestätigt werden.

**Bitte verwahren Sie den unterschriebenen Schein in Ihren Unterlagen auf.**

### Vertragsarzt

Laut Bundesmantelvertrag hat der Vertragsarzt bei der Ausstellung von Vordrucken die dazu gegebenen Erläuterungen zur Vordruckvereinbarung zu beachten. Vordrucke und Bescheinigungen sind vollständig und leserlich auszufüllen, mit dem Vertragsarztstempel zu versehen und vom Arzt persönlich zu unterzeichnen.

## 3. Einleseprozess der eGK nach durchgeführtem Ersatzverfahren

Sollte im weiteren Verlauf die eGK verwendet werden können, muss diese eingelesen und damit ein Abrechnungsschein erstellt werden.

Legt der Versicherte innerhalb des Quartals, in dem er die eGK bereits vorgelegt hat, nach Status- oder Kassenwechsel eine neue eGK vor, so muss ein weiterer Abrechnungsschein mit den aktuellen Patientendaten erstellt werden.

## 4. Abrechnungsvorgaben

Sofern Sie keine Karte eingelesen haben, müssen Sie bei der Abrechnung von ambulanten Originalfällen (Scheinart 00) bzw. von Mit-/Weiterbehandlungsfällen (Scheinart 24) hinter der

ersten abgerechneten Leistung **zwingend** einen der nachfolgend genannten Begründungstexte im Begründungsfeld (Feldkennung 5009) angeben:

- „KVK defekt“
- „Lesegerät defekt“
- „Kassenwechsel“
- „Statuswechsel“
- „Hausbesuch“
- „Versichertennachweis liegt vor“

Fehlt die Begründung bzw. ist der Begründungstext nicht nachvollziehbar, so wird der jeweilige Fall von der Honorierung ausgeschlossen.

**Ansprechpartner:**

Service Center

☎ 0681-998370

✉: [servicecenter@kvsaarland.de](mailto:servicecenter@kvsaarland.de)

---

## 10. Der Versichertennachweis der Krankenkasse sowie weitere Unterlagen verbleiben in der Arztpraxis

---

Grundsätzlich ist jeder Versicherte verpflichtet, vor Beginn der Behandlung seine elektronische Gesundheitskarte (eGK) vorzulegen. Fehlt die Karte oder ist sie ungültig, so hat der Patient zehn Tage Zeit, um den Versichertennachweis der entsprechenden Krankenkasse nachzureichen. Das Ersatzverfahren ist in diesem Fall nicht möglich (Ausnahme: Notfallbehandlung).

Wir bitten Sie, den Versichertennachweis der entsprechenden Krankenkasse **nicht** mit der jeweiligen Quartalsabrechnung einzureichen. Dieser sollte jedoch in der Praxis aufbewahrt und ggf. auf Nachfrage vorgehalten werden können.

Den entsprechenden Vermerk, dass Ihnen der Versichertennachweis der Krankenkasse vorliegt, tragen Sie dann bitte in der Online-Abrechnung im freien Begründungstext mit der Begründung: „Versichertennachweis liegt vor“ ein.

**Hinweis:**

Darüber hinaus müssen Sie **keine** Unterlagen in Papierform wie z. B. Protokolle / Versandverzeichnisse zum eHKS, eDMP oder GNR-Statistiken mit der Quartalsabrechnung einreichen.

**Ansprechpartner:**

Service Center

☎ 0681-998370

✉: [servicecenter@kvsaarland.de](mailto:servicecenter@kvsaarland.de)

---

## 11. Psychotherapie: Abrechnungshinweise zur Gruppentherapie

---

Nach Inkrafttreten der neuen Psychotherapie-Richtlinie hat der Bewertungsausschuss den EBM-Abschnitt 35.2 neu strukturiert. Seit dem 1. Juli 2017 gilt unter anderem eine neue Vergütungssystematik für Gruppentherapien, die sich auf die genaue Teilnehmerzahl bezieht. Dazu möchten wir Ihnen nachfolgend einige Hinweise geben.

### Gruppe aus privat und gesetzlich Versicherten

Die privat Versicherten sind für die Bestimmung der Gruppengröße sowohl im Hinblick auf die in der Psychotherapie-Richtlinie (§ 20) festgelegte Unter- und Obergrenze einer Gruppe von mindestens drei bis höchstens neun Patienten zu berücksichtigen als auch bei der Wahl der abzurechnenden Gebührenordnungspositionen (GOP).

#### Beispiel:

**Bei einer Gruppe aus zwei gesetzlich Versicherten und einem privat Versicherten rechnet der Psychotherapeut die GOP der Dreiergruppe für jeden der beiden gesetzlich Versicherten ab.**

### Gruppe aus Teilnehmern mit Langzeit- und Kurzzeittherapie

Für die Abrechnung wird die Gesamtgruppengröße berücksichtigt. Die letzte Stelle der GOP zeigt die Teilnehmerzahl der gesamten Gruppe in der jeweiligen Sitzung an - also alle Teilnehmer mit Kurzzeittherapie (KZT) plus alle Teilnehmer mit Langzeittherapie (LZT). Zu berücksichtigen ist, dass für die Kurz- und Langzeittherapie unterschiedliche GOPen angesetzt werden müssen.

#### Beispiel:

**Für eine tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie mit drei Teilnehmern aus der KZT und drei Teilnehmern aus der LZT rechnet der Psychotherapeut für die drei Teilnehmer aus der KZT nach aktuellem EBM jeweils die GOP 35506 (sechs Teilnehmer) und für die drei Teilnehmer aus der LZT jeweils die GOP 35516 (sechs Teilnehmer) ab.**

### Gruppenleitung durch mehrere Psychotherapeuten

Eine Gruppentherapie kann von mehr als einem Psychotherapeuten durchgeführt werden. Jeder Therapeut rechnet die Patienten ab, für die er auch das Formular PTV 2 (Angaben des Therapeuten zum Antrag des Versicherten) ausgefüllt hat. Unabhängig davon wählt er die GOP auch in diesem Fall nach der Gesamtgruppengröße aus.

#### Beispiel:

**Zwei Therapeuten führen gemeinsam eine tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie (KZT) mit acht Patienten durch. Ein Therapeut hat für fünf Patienten jeweils das Formular PTV 2 ausgefüllt und der andere Therapeut für drei Patienten. Somit rechnet Therapeut 1 für jeden „seiner“ fünf Patienten die GOP 35508 (acht Teilnehmer) und Therapeut 2 ebenfalls für „seine“ drei Patienten die GOP 35508 (acht Patienten) ab.**

#### **Ansprechpartner:**

Service Center

☎ 0681-998370

✉: [servicecenter@kvsaarland.de](mailto:servicecenter@kvsaarland.de)

---

## 12. Erbringung von Narkosen gemäß Abschnitt 5.3 im Zusammenhang mit zahnärztlichen und / oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Eingriffen oder endoskopischen Untersuchungen der Verdauungswege

---

In letzter Zeit erreichen uns wieder vermehrt Anfragen, wann eine Narkose des Abschnittes 5.3 im Zusammenhang mit zahnärztlichen und/oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Eingriffen oder endoskopischen Untersuchungen der Verdauungswege als GKV Leistung abzurechnen ist. Daher möchten wir Ihnen zu dieser Fragestellung nachfolgende Informationen zukommen lassen.

Mit Wirkung zum 01. Januar 2007 wurde die Präambel 5.1 um den Punkt 10 ergänzt. Ziel dieser Ergänzung ist die Klarstellung der Berechnungsmöglichkeiten von Narkosen aus dem Abschnitt 5.3 als GKV Leistung in Verbindung mit

- zahnärztlichen und /oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Eingriffen
- endoskopischen Untersuchungen der Verdauungswege

und deren Abgrenzung gegen nicht als GKV Leistung berechnungsfähige Narkosen, welche im Zusammenhang mit solchen Leistungen auf Verlangen des Patienten ohne medizinisch begründete Indikation als „Wunschnarkose“ erbracht werden.

Somit können Narkosen gemäß Abschnitt 5.3 Punkt 10 im Zusammenhang mit zahnärztlichen und/oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Eingriffen oder endoskopischen Untersuchungen der Verdauungswege nur berechnet werden bei Vorliegen von Kontraindikationen gegen die Durchführung des Eingriffs in Lokalanästhesie oder Analosedierung. Die ICD Kodierung ist mit Begründung anzugeben. Dies ist in jedem Einzelfall zu prüfen.

Hierdurch wird vermieden, dass eine medizinisch gerechtfertigte Narkose, deren Begründung außerhalb der in der Präambel 5.1 der Punkte 8 und 9 genannten Tatbestände liegt, in Frage gestellt wird.

Die Regelung gemäß der Präambel 5.1 Punkt 10 ist auf Patienten aller Altersgruppen anwendbar und unabhängig vom Vorliegen weiterer spezifischer Diagnosen oder einer mangelnden Kooperationsfähigkeit. Als Begründung auf dem Abrechnungsschein des Anästhesisten ist die ICD Codierung, der den Eingriff veranlassenden Diagnose sowie des Narkoseanlasses z. B. ICD Codierung Z88.4 = Allergie gegenüber Anästhetikum in der Eigenanamnese oder bei Vorliegen einer nervenärztlich, psychiatrisch, kinder – und jugendlichenpsychiatrisch, psychologisch oder kinder und jugendlichenpsychologisch gesicherten Diagnose einer Zahnarztphobie die ICD Codierung F40.2 = Spezifische (isolierte) Phobien, zuzüglich der klartextlichen Begründung der Narkoseindikation anzugeben.

### Ansprechpartner:

Service Center

☎ 0681-998370

✉: [servicecenter@kvsaarland.de](mailto:servicecenter@kvsaarland.de)