

Für den Arzt und das Praxisteam

1. Bundesweite Corona-Sonderregelungen verlängert	2
2. Aufhebung des PFG-Ausschlusses für die Beratung zum NIPT-RhD	2
3. Festlegung des Orientierungswertes für das Jahr 2022 gemäß § 87 Absatz 2e SGB V	2
4. Änderungen bezüglich der Fachinformationen Keytruda® und Jemperli® sowie Anpassung Oncotype	3
5. Detailänderungen Labor sowie Fristverlängerung der GOP 01699 und 12230	4
6. Anpassungen bezüglich der Strahlentherapie	4
7. Videosprechstunde	6
8. Psychotherapeutische Akutbehandlung und Gruppentherapien im Rahmen einer Videosprechstunde	6
9. Abrechnung der Lumbalpunktion	7
10. eAU: Kostenpauschalen für den Versand von AU-Bescheinigungen bei TI-Ausfall und bei Hausbesuchen	8
11. Mammographie-Screening: Abbildung der erforderlichen Strahlenschutzkunde beim Aufklärungsgespräch	8
12. Zehn Euro für ePA-Erstbefüllung: Details zur Abrechnung geregelt	9
13. Screening auf Sichelzellkrankheit bei Neugeborenen sowie Screening auf 5q-assoziierte spinale Muskelatrophie	10
14. Screening auf Sichelzellkrankheit bei Neugeborenen sowie Screening auf 5q-assoziierte spinale Muskelatrophie	11
15. Entfristung der Regelungen zur substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger	11
16. QS NET: Anpassung und Verlängerung der befristeten Regelungen	12
17. Finanzierung im Zusammenhang mit der Präexposition prophylaxe	12
18. Kodierunterstützung für Praxen: ab Januar 2022 in der Praxissoftware	12
19. Onkologie-Vereinbarung wird zum 1. Oktober angepasst	14

1. Bundesweite Corona-Sonderregelungen verlängert

Mehrere Sonderregelungen, die aufgrund der Corona-Pandemie beschlossen wurden und bis zum 30. September 2021 befristet sind, wurden um ein weiteres Quartal bis zum 31. Dezember 2021 verlängert. Dazu zählen insbesondere die Regelungen zur Videosprechstunde, zur telefonischen Konsultation, AU-Feststellung nach telefonischer Anamnese und zum Porto für Folgeverordnungen und Überweisungen.

Alle Informationen über die Verlängerungen der Corona-Sonderregelungen finden Sie auf unserer Internetseite unter

<https://www.kvsaarland.de/coronavirus> → „Abrechnungsinformationen Coronavirus“

oder unter folgendem Link:

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

2. Aufhebung des PFG-Ausschlusses für die Beratung zum NIPT-RhD

Die Beratungsleistung nach dem Gendiagnostikgesetz zum nichtinvasiven Pränataltest für den Rhesus-Faktor (NIPT-RhD; GOP 01788) wurde zum 1. Juli 2021 in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommen. Mit dem vorliegenden Beschluss wird der Ausschluss der Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG) zur GOP 01788 rückwirkend zum 1. Juli 2021 gestrichen. Dies erfolgt, da die GOP 01788 zur Mutterschaftsvorsorge der vertragsärztlichen Versorgung gehört und damit der fachärztlichen Grundversorgung zuzuordnen ist. Ein Anspruch auf die Beratung nach der GOP 01788 besteht für Schwangere mit negativem Rhesusfaktor D und Vorliegen einer Einlingsschwangerschaft.

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

3. Festlegung des Orientierungswertes für das Jahr 2022 gemäß § 87 Absatz 2e SGB V

Auf der Grundlage des vom Institut des Bewertungsausschusses entwickelten datengestützten Verfahrens beschließt der Erweiterte Bewertungsausschuss, den Orientierungswert zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen gemäß § 87 Absatz 2e SGB V **mit Wirkung zum 1. Januar 2022** auf 11,2662 Cent festzulegen.

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

4. Änderungen bezüglich der Fachinformationen Keytruda® und Jemperli® sowie Anpassung Oncotype

Zur Verabreichung der Arzneimittel Keytruda® und Jemperli® wird zum 1. Oktober 2021 eine neue Leistung in den EBM aufgenommen. Damit hat der BA auf die Beschlüsse zur frühen Nutzenbewertung des G-BA reagiert. Denn laut den Fachinformationen beider Präparate sind vor der Anwendung zwingend ärztliche Leistungen erforderlich.

Bei der gezielten medikamentösen Behandlung bestimmter Tumorentitäten ist es gemäß der jeweiligen Fachinformation der Arzneimittel Keytruda® und Jemperli® erforderlich, vorher eine Untersuchung auf das Vorliegen einer Mikrosatelliteninstabilität im Tumormaterial durchzuführen. Zur Abbildung dieser Untersuchung als Companion Diagnostic hat der BA beschlossen, mit Wirkung zum 1. Oktober 2021 die GOP 19464 in den Abschnitt 19.4.4 EBM (In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen zur Indikationsstellung einer pharmakologischen Therapie) aufzunehmen. Die Leistung ist mit 867 Punkten bewertet und wird als Leistung im Abschnitt 19.4.4 EBM extrabudgetär vergütet. Für die ärztliche Leistung ist der Zuschlag nach der GOP 19402 in Abschnitt 19.4.1 EBM zur GOP 19464 berechnungsfähig.

Am 31. Dezember 2021 läuft die Übergangsregelung im § 25 Absatz 2 Nummer 3 BMV-Ä zur Durchführung eines biomarkerbasierten Tests unter Anwendung der Vorgehensweise des Oncotype DX Breast Recurrence Score® in den USA, die im Hinblick auf die Etablierung des Testverfahrens in Deutschland vereinbart wurde, aus. Daher hat der BA jetzt beschlossen, die GOP 19501 und 19502, die ausschließlich für die Durchführung des Tests Oncotype DX Breast Recurrence Score® in den USA berechnungsfähig waren, mit Wirkung zum 1. Januar 2022 zu streichen – und stattdessen den Test Oncotype DX Breast Recurrence Score® mit Durchführung ausschließlich in Deutschland nach der GOP 19506 in den EBM aufzunehmen. Die Leistung ist mit 23.732 Punkten bewertet. Um eine reibungslose Übergangszeit zu ermöglichen, wird die GOP 19506 bereits zum 1. Oktober 2021 in den EBM aufgenommen. Für die ärztliche Leistung ist ebenfalls der Zuschlag nach der GOP 19402 in Abschnitt 19.4.1 EBM zur GOP 19506 berechnungsfähig.

Der Test bestimmt das Rezidivrisiko bei Patientinnen mit gesichertem primärem, Hormonrezeptor-positivem, HER2/neu-negativem, nodalnegativem und nicht metastasiertem Mammakarzinom. Damit soll die Entscheidung für oder gegen eine adjuvante systemische Chemotherapie unterstützt werden.

Bereits zum 1. Juli 2021 hat der BA für dieselbe Fragestellung drei weitere biomarkerbasierte Tests, EndoPredict®, MammaPrint® und Prosigna®, nach den GOP 19503 bis 19505 in den Abschnitt 19.4.5 EBM aufgenommen. In einer Protokollnotiz zum Beschluss wurde vereinbart, spätestens bis zum 1. Januar 2022 den biomarkerbasierten Tests Oncotype DX Breast Recurrence Score® mit der zwischenzeitlich in Deutschland etablierten Analyse im EBM abzubilden.

5. Detailänderungen Labor sowie Fristverlängerung der GOP 01699 und 12230

Die GOP 11230 und 11233 werden aus der Leistungslegende der GOP 01602 gestrichen. Denn die Mehrfertigung eines Briefes oder Berichtes nach der GOP 01602 ist gemäß Präambel 11.1 Nummer 9 EBM in den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 11 EBM enthalten.

Der Ausschluss einer Nebeneinanderabrechnung der GOP 01816, 01840 und 01915 wird aufgehoben. Denn dieser Ausschluss im Krankheitsfall für den Nachweis des Erregers Chlamydia trachomatis im Urin im Zusammenhang mit dem Anspruch nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung oder Schwangerschaftsabbruch ist in den Richtlinien nicht vorgesehen.

Die entsprechenden Leistungen des Abschnitts 32.3 EBM der oben genannten Leistungen sind gemäß den Präambeln 3.1 Nummer 5 beziehungsweise 4.1 Nummer 7 von den in den Präambeln 3.1 Nummer 1 beziehungsweise 4.1 Nummer 1 genannten Arztgruppen nicht berechnungsfähig. Der BA hat deswegen die GOP 01816, 01840 und 01915 in den Präambeln 3.1 Nummer 4, 4.1 Nummer 5 und 4.1 Nummer 6 EBM gestrichen.

Fristverlängerung der GOP 01699 und 12230

Die zum 1. Juli 2020 im Zusammenhang mit der Einführung der neuen Portopauschalen eingeführten Zuschläge nach den GOP 01699 beziehungsweise 12230 im Laborbereich werden bis zum 31. Dezember 2022 weitergezahlt. Der Grund ist, dass die Beratungen zur Neuregelung der Transportkosten für Laborproben (Kostenpauschale 40100) andauern und der BA nicht wie geplant bis zum 30. September dieses Jahres einen Beschluss mit Wirkung zum 1. Januar 2022 fassen wird.

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

6. Anpassungen bezüglich der Strahlentherapie

Wie Anfang August angekündigt, hat der BA die Anpassungen der strahlentherapeutischen Leistungen des Kapitels 25 EBM umgesetzt.

Die Änderungen gelten ab 1. Oktober 2021:

- Es erfolgt eine Absenkung der Bewertungen der GOP 25316 bis 25318, 25321, 25324 bis 25328 sowie 25340 bis 25343.
- Des Weiteren erfolgt die Aufnahme einer zusätzlichen Anmerkung zu den GOP 25316, 25321 sowie 25325 bis 25329. Unter Berücksichtigung der Präambel 25.1 Nummer 5 sind die genannten GOP jeweils einmal am Behandlungstag berechnungsfähig. Für eine zweimalige Berechnung der GOP bedarf es einer besonderen Begründung.

- Eine weitere Anpassung betrifft die Leistungen im Zusammenhang mit der Weichstrahl- oder Orthovolttherapie (GOP 25310). Die GOP 25310 wird in ihrer Bewertung von derzeit 92 Punkten auf 115 Punkte angehoben.

Zudem kann ab dem 1. Oktober für die rechnerunterstützte Bestrahlungsplanung mit individueller Dosisplanung bei Weichstrahl- oder Orthovolttherapie die neue GOP 25345 abgerechnet werden (1054 Punkte). Im Gegenzug wurde ein Abrechnungsausschluss zwischen der GOP 25310 (Weichstrahloder Orthovolttherapie) und den bestehenden GOP 25341 (Bestrahlungsplanung II) und 25342 (Bestrahlungsplanung III) aufgenommen. Die GOP 25341 und 25342 sind ab dem 1. Oktober ausschließlich im Zusammenhang mit Bestrahlungen mit einem Linearbeschleuniger berechnungsfähig.

Die vorgenommenen Anpassungen erfolgen auf der Grundlage der vorläufigen Abrechnungsdaten des 1. Quartals 2021 und stellen eine Übergangsregelung dar, um den nicht-morbiditätsbedingten starken Anstieg des Leistungsbedarfs des Kapitels 25 gegenüber dem 1. Quartal 2020 kurzfristig abzufangen. Zum 30. Juni 2022 wird der BA eine erneute Überprüfung der strahlentherapeutischen Leistungen und gegebenenfalls weitere Bewertungsanpassungen sowie strukturelle Änderungen an den GOP mit Wirkung zum 1. Juli 2022 vornehmen. In diesem Zusammenhang wird der BA auch über gegebenenfalls notwendige Anpassungen im Zusammenhang mit der Finanzierung beraten.

Zum Hintergrund:

Zu Jahresbeginn wurde das Kapitel 25 EBM mit den strahlentherapeutischen Leistungen neugefasst. Die Umstellung erfolgte punktsummen- und ausgabenneutral. Da ein Großteil der getroffenen Annahmen nicht mit den damals vorliegenden Daten plausibilisiert werden konnte, hatte der BA empfohlen, die Leistungen des Kapitels 25 ab 1. Januar 2021 befristet für zwei Jahre in die morbiditätsbedingte Vergütung zu überführen.

Die vorläufigen Abrechnungsdaten des 1. Quartals 2021 weisen darauf hin, dass die getroffenen Annahmen, die maßgeblich Einfluss auf die Bewertung der strahlentherapeutischen Leistungen hatten, bei vielen Leistungen nicht eingetreten sind.

So ist ein starker Anstieg des Leistungsbedarfs gegenüber dem 1. Quartal 2020 zu beobachten, der sich nicht mit einer entsprechenden Entwicklung der Morbidität erklären lässt. Aufgrund des nunmehr festgestellten größeren Unterschiedes zwischen Annahmen einerseits und ersten Ergebnissen der Abrechnung andererseits, erfolgen die genannten Anpassungen zum 1. Oktober 2021.

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

7. Videosprechstunde

GOP 01442

Finanzierung im Zusammenhang mit der Videofallkonferenz

Die Finanzierung der Leistungen nach der GOP 01442 wird für weitere vier Quartale außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen fortgeführt. Bis zum 30. September 2022 prüft der BA, ob die Mengenentwicklung eine weitere extrabudgetäre Vergütung erfordert.

GOP 01444

Der BA hat die GOP 01444 (Zuschlag Authentifizierung) befristet bis zum 30. September 2021 in den EBM aufgenommen (453. Sitzung, schriftliche Beschlussfassung). Ab dem 1. Oktober 2021 sollte nach damaligem Gesetzesauftrag eine technische Authentifizierungslösung für die Videosprechstunde flächendeckend bereitstehen und die GOP 01444 obsolet werden. Nach dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG), das zum 9. Juni 2021 in Kraft trat, sind die Krankenkassen nun verpflichtet, ihren Versicherten bis spätestens zum 1. Januar 2023 eine digitale Versichertenidentität anzubieten, auf deren Basis eine technische Authentifizierungslösung für die Videosprechstunde flächendeckend umsetzbar wird (§ 291 Abs. 8 SGB V).

Die Befristung der GOP 01444 wird deshalb bis zum 31. Dezember 2022 verlängert, um weiterhin den entstehenden Praxisaufwand abzubilden, bis eine technische Authentifizierung der Versicherten durch den Vertragsarzt sichergestellt ist.

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

8. Psychotherapeutische Akutbehandlung und Gruppentherapien im Rahmen einer Videosprechstunde

Ab 1. Oktober 2021 können die psychotherapeutische Akutbehandlung (GOP 35152) und mehrere gruppentherapeutische Leistungen auch bei Durchführung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnet werden. Der BA hat einen entsprechenden Beschluss zur Anpassung des EBM gefasst. Neben gruppentherapeutischen Leistungen nach der Psychotherapie-Richtlinie (GOP 35173 bis 35178 und Abschnitt 35.2.2) sind auch Gruppenbehandlungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (GOP 14221), der Psychiatrie und Psychotherapie (GOP 21221), der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie (GOP 22222) und der Neuropsychologischen Therapie (GOP 30933) von dem Beschluss umfasst.

Die Begrenzung auf acht Gruppenteilnehmer für die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung (GOP 35173 bis 35178) und gruppentherapeutische Leistungen aus Abschnitt 35.2.2 beruht dabei auf den neuen Regelungen in § 17 der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte/BMV-Ä), die am 1. Oktober 2021 in Kraft treten.

Bei Durchführung der genannten Leistungen im Rahmen einer Videosprechstunde wird auch der Technikzuschlag nach der GOP 01450 berechnungsfähig. Bei den Gruppenbehandlungen gilt zudem die Höchstwertregelung, nach der der Zuschlag nur einmal je Gruppenbehandlung vergütet wird.

Gemäß Protokollnotiz zum Beschluss prüft der BA die Notwendigkeit von begleitenden Regelungen und inhaltlichen Vorgaben zur Durchführung insbesondere von Gruppenbehandlungen außerhalb des Regelungsbereichs der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 zum BMV-Ä) im Rahmen einer Videosprechstunde.

Zum Hintergrund:

Der Gesetzgeber hat mit dem Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG) Aufträge an den BA in Bezug auf Leistungen im Rahmen von Videosprechstunden formuliert. Demnach sind bei der Videosprechstunde die Besonderheiten in der psychotherapeutischen Versorgung einschließlich der Versorgung mit gruppentherapeutischen Leistungen und Leistungen der psychotherapeutischen Akutbehandlung zu berücksichtigen (gemäß § 87 Absatz 2a SGB V). Hierzu ist auch eine Änderung der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 zum BMV-Ä) erforderlich, die diese Leistungen als Videosprechstunde bislang ausschließt. Der entsprechende Änderungsbeschluss zur Psychotherapie-Vereinbarung tritt ebenfalls am 1. Oktober 2021 in Kraft. Das Unterschriftenverfahren wurde eingeleitet.

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

9. Abrechnung der Lumbalpunktion

Gemäß der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) der Bundesärztekammer gehören Lumbalpunktionen einschließlich der Interpretation von Liquordiagnostik zu den zu erwerbenden Handlungskompetenzen im Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie. Die GOP 02342 (Lumbalpunktion) war bisher jedoch nicht von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie berechnungsfähig. Um den EBM an die aktuelle MWBO anzupassen, werden die zur Abrechnung berechtigten Arztgruppen um Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie ergänzt. Hierfür wird die erste Anmerkung zur GOP 02342 angepasst.

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

10. eAU: Kostenpauschalen für den Versand von AU-Bescheinigungen bei TI-Ausfall und bei Hausbesuchen

Wir beziehen uns auf das KVS-Aktuell 6/2021:

Die Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten an die zuständige Krankenkasse darf ab dem 1. Oktober 2021 ausschließlich digital erfolgen (§ 4 Absatz 4.1.1 Anlage 2b BMV-Ä), sofern in der Vertragsarztpraxis die notwendige technische Ausstattung verfügbar ist. Für folgende Sachverhalte, bei denen ein postalischer Versand von papiergebundenen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (AU-Bescheinigungen) stattfinden muss, werden zwei neue Kostenpauschalen mit einer Bewertung von jeweils 0,81 Euro in den EBM aufgenommen:

- Die Kostenpauschale 40130 kann abgerechnet werden in Fällen, in denen der Vertragsarzt nachträglich feststellt, dass die digitale Erstellung oder Datenübermittlung an die Krankenkasse nicht möglich ist und diese nicht bis zum Ende des nachfolgenden Werktags nachgeholt werden kann. Die papiergebundene Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung wird dann an die zuständige Krankenkasse versendet.

Im Rahmen eines Hausbesuches besteht für den Vertragsarzt keine Möglichkeit einen Ausdruck der AU Bescheinigung für den Patienten zu erzeugen. In diesem Fall sendet der Vertragsarzt dem Patienten die papiergebundene Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung im Nachgang aus der Praxis zu und rechnet hierfür die neue Kostenpauschale 40131 ab.

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

11. Mammographie-Screening: Abbildung der erforderlichen Strahlenschutzkunde beim Aufklärungsgespräch

Die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz ist ab dem 1. Oktober 2021 Voraussetzung für die Berechnungsfähigkeit der GOP 01751 für das Aufklärungsgespräch. Der BA hat eine entsprechende dritte Bestimmung zum Abschnitt 1.7.3.1 in den EBM aufgenommen. Damit wird die Vorgabe gemäß § 4 Satz 1 Nummer 2 der Brustkrebs-Früherkennungs-Verordnung umgesetzt. Diese sieht vor, dass der Arzt, der das Aufklärungsgespräch im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening durchführt, über die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz verfügen muss.

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

12. Zehn Euro für ePA-Erstbefüllung: Details zur Abrechnung geregelt

Vertragsärzte können die sektorenübergreifende Erstbefüllung einer elektronischen Patientenakte ab sofort und auch rückwirkend bis zum 1. Januar 2021 abrechnen. Laut Gesetz erhalten sie dafür zehn Euro, wenn sie als Erste Befunde, Arztbriefe etc. in der Akte ablegen. Nun stehen die Details der Abrechnung fest.

Ärzte verschiedener Fachrichtungen in Praxen und Krankenhäusern sind seit Juli gesetzlich verpflichtet, auf Wunsch eines Patienten die elektronische Patientenakte (ePA) zu befüllen. Dabei darf die sektorenübergreifende Erstbefüllung je Patient nur einmal abgerechnet werden.

Eine sektorenübergreifende Erstbefüllung liegt vor, wenn noch keine Inhalte von einem Vertragsarzt, einem Vertragspsychotherapeuten, einem im Krankenhaus tätigen Arzt oder einem Zahnarzt in die ePA eingestellt worden sind. Eine Erstbefüllung kann auch dann noch vorliegen, wenn der Versicherte selbst bereits eigene Inhalte in die ePA eingestellt hat.

Pseudo-GOP 88270 für die Abrechnung

Vertragsärzte und –psychotherapeuten rechnen die Erstbefüllung einer ePA mit der Pseudo-Gebührenordnungsposition (Pseudo-GOP) 88270 ab. Ab 2022 ist eine Überführung dieser Leistung für Vertragsärzte in den EBM vorgesehen.

Die Vertragspartner haben sich zudem auf ein Verfahren geeinigt, falls es zu Mehrfachabrechnungen kommt. Dies kann passieren, wenn beispielsweise ein Patient bereits eingestellte Daten wieder gelöscht hat und dies für den Arzt oder Psychotherapeuten nicht ersichtlich war. In diesem Fall kann die Krankenkasse die Pauschale von zehn Euro von der Kassenärztlichen Vereinigung zurückfordern. Der Arzt oder Psychotherapeut erhält in diesem Fall stattdessen die „Zusatzpauschale für die ePA-Unterstützungsleistung“ (15 Punkte / 1,67 Euro), die für die ärztliche ePA-Tätigkeit außerhalb der Erstbefüllung im Behandlungsfall berechnungsfähig ist.

Die Vertragspartner setzen sich bei der gematik GmbH dafür ein, dass die Transparenz über vorgenommene Erstbefüllungen durch technische Lösungen in der ePA verbessert wird und bürokratischer Prüfungsaufwand entfällt.

Vergütung der elektronischen Patientenakte:

GOP 01647:

- die GOP beinhaltet insbesondere die Erfassung und/oder Verarbeitung und/oder Speicherung medizinischer Daten aus dem aktuellen Behandlungskontext in der ePA
- sie wird als Zusatzpauschale zu den Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen sowie den Leistungen des Abschnitts 1.7 (ausgenommen in-vitro-diagnostische Leistungen) gezahlt
- sie ist einmal im Behandlungsfall (= Quartal) berechnungsfähig

- sie ist nicht berechnungsfähig, wenn im selben Behandlungsfall die Pauschale für die sektorenübergreifende Erstbefüllung (zehn Euro) abgerechnet wird

GOP 01431:

- die GOP wird als Zusatzpauschale zu den GOP 01430 (Verwaltungskomplex), 01435 (Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale) und 01820 (Rezepte, Überweisungen, Befundübermittlung) gezahlt
- sie umfasst Versorgungsszenarien mit ärztlichen Tätigkeiten im Zusammenhang mit der ePA, in denen keine Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale berechnet wird
- sie ist höchstens viermal im Arztfall berechnungsfähig
- sie ist – mit Ausnahme der GOP 01430, 01435 und 01820 – im Arztfall nicht neben anderen GOP und nicht mehrfach an demselben Tag berechnungsfähig

Pseudo-GOP 88270:

- 10 Euro je ePA in 2021, ab 2022 soll diese Leistung in den EBM überführt werden
- mit der Erstbefüllung sind keine vertragsärztlichen Beratungspflichten der Versicherten zur Funktionalität oder Nutzung der ePA verbunden
- die GOP ist im Behandlungsfall nicht neben der GOP 01647 „Zusatzpauschale ePA-Unterstützungsleistung“ sowie der GOP 01431 „Zusatzpauschale elektronische Patientenakte zu den GOP 01430, 01435 und 01820“ berechnungsfähig.

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

13. Screening auf Sichelzellkrankheit bei Neugeborenen sowie Screening auf 5q-assozierte spinale Muskelatrophie

Der G-BA hat das Neugeborenen-Screening am 20. November 2020 um die Zielkrankheit Sichelzellkrankheit sowie am 17. Dezember 2020 um die Zielkrankheit 5q-assozierte spinale Muskelatrophie erweitert.

Die Kinder-Richtlinie enthält nunmehr 16 Zielkrankheiten. Das Screening auf die Sichelzellkrankheit erfolgt mittels Tandemmassenspektrometrie, Hochleistungsflüssigkeitschromatographie oder Kapillarelektrophorese, das Screening auf 5q-assozierte spinale Muskelatrophie durch Nachweis einer SMN1-Gen-Deletion mittels molekulargenetischer Verfahren. Zur Berücksichtigung des erhöhten Aufwandes für die In-vitro-Diagnostik beschließt der BA eine Erhöhung der Bewertung der GOP 01724 um 76 Punkte auf nunmehr 297 Punkte.

Der zusätzlich erforderliche Aufwand für die Beratung im Zusammenhang mit dem Neugeborenen-Screening wird in einer Erhöhung der Bewertung der GOP 01707 um 49 Punkte auf nunmehr 184 Punkte berücksichtigt. Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Oktober 2021 in Kraft.

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

14. Entfristung der Regelungen zur substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger

Der BA hatte die GOP 01953 zur substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger mit einem Depotpräparat zunächst befristet bis zum 30. September 2020 in den Abschnitt 1.8 des EBM aufgenommen (493. BA-Sitzung). Die Regelung wurde aufgrund der Corona-virus-Pandemiesituation mehrfach verlängert, zuletzt bis zum 30. September 2021 (564. BA-Sitzung). Angesichts der inzwischen erfolgten Etablierung der Leistung in der Versorgung wird die Befristung der Regelung aufgehoben und die **GOP 01953 dauerhafter Bestandteil des EBM**.

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

15. QS NET: Anpassung und Verlängerung der befristeten Regelungen

Der BA hat die GOP 04567 und 13603 aufgrund der Umstellung auf das QS-Verfahren „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen“ (QS NET) zunächst befristet bis zum 30. September 2021 in den Abschnitt 4.5.4 und in den Abschnitt 13.3.6 EBM aufgenommen. Die GOP 04567 und 13603 sind Zusätze im Zusammenhang mit der GOP 04562 beziehungsweise der GOP 13602 (Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten).

Gemäß Protokollnotiz des genannten Beschlusses hatte der BA zu prüfen, ob eine Verlängerung beziehungsweise Anpassung der Regelungen dieses Beschlusses erforderlich ist. Nach erfolgter Prüfung der befristeten Regelungen verlängert der BA den in seiner 501. Sitzung gefassten Beschluss um ein weiteres Jahr bis zum 30. September 2022, um den im Rahmen der Umstellung auf das Verfahren QS NET entstehenden Aufwand abzubilden. Da der BA den Aufwand im Vergleich zum Beginn des Verfahrens QS NET geringer einschätzt, erfolgt zudem eine Absenkung der Bewertung der GOP 04567 und 13603 von aktuell 120 Punkte auf 90 Punkte.

Spätestens zum 30. Juni 2022 wird der BA erneut prüfen, ob eine Verlängerung beziehungsweise Anpassung der Regelungen dieses Beschlusses erforderlich ist.

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

16. Finanzierung im Zusammenhang mit der Präexpositionsprophylaxe

Die befristete Finanzierung der Leistungen des Abschnitts 1.7.8 und nach der GOP 32850 wird vorerst für weitere fünf Quartale, bis zum 31. Dezember 2022, verlängert. Der BA prüft bis zum 31. Dezember 2022, ob weiterer Regelungsbedarf hinsichtlich der Finanzierung besteht. Die Vergütung liegt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen.

Finanzierung im Zusammenhang mit der Diagnostik der Präeklampsie

Der BA empfiehlt die Vergütung der Leistungen nach den GOP 32362 und 32363 ab dem 1. Januar 2022 innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen.

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

17. Anpassung der Finanzierungsempfehlung zur Kryokonservierung

Wir beziehen uns auf das Juni-Rundschreiben (KVS-Aktuell 5/2021): Hier erfolgt eine Ergänzung der GOP 05330, die nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung zu kennzeichnen ist und deren Vergütung **rückwirkend zum 1. Juli 2021** dauerhaft außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen erfolgt.

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

18. Kodierunterstützung für Praxen: ab Januar 2022 in der Praxissoftware

Praxen erhalten ab Januar 2022 einen digitalen Helfer, der sie beim Verschlüsseln von Diagnosen unterstützen soll. Er wird in das Praxisverwaltungssystem (PVS) eingebunden und steht Ärzten und Psychotherapeuten direkt beim Kodieren zur Verfügung – ob bei der Abrechnung oder bei der Angabe der Diagnose auf dem Krankenschein. Mit der Kodierunterstützung kommen keine neuen Regeln oder Vorgaben: Basis ist und bleibt die ICD-10-GM.

Funktionen der Kodierunterstützung

Eine neue Funktion ist der Kodier-Check – zur Plausibilisierung von gewählten Codes, der bei vier Diagnosebereichen im Hintergrund läuft. Neben der ICD-10-GM ist künftig auch die Verschlüsselungsanleitung, herausgegeben vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), in die Praxissoftware eingebunden. Bewährte Funktionen wie die Kodesuche und die Kennzeichnung von Dauerdiagnosen wurden überarbeitet und stehen weiter für alle Diagnosebereiche bereit. Mit der Erweiterung der Kodierunterstützung um neue Inhalte und Funktionalitäten sind künftig alle relevanten Informationen zum Kodieren in der Praxissoftware zu finden.

Durch neue Kodiervorgaben darf keine neue Bürokratie entstehen. Im Gegenteil: Das Kodieren soll leichter werden. Das Ergebnis ist die praxisnahe Kodierunterstützung – integriert im PVS. Mit ihr werden keine neuen Regelungen eingeführt. Vielmehr hilft sie, die vorhandenen, aber teils recht komplexen Regelungen der ICD-10-GM noch besser anzuwenden und stets den passenden Code zu finden.

Gesetzlicher Auftrag

Mithilfe der Codes wird gemessen, wie krank die Versicherten sind und wieviel Geld letztlich für ihre medizinische Versorgung benötigt wird. Dies spielt sowohl eine Rolle beim Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen – wer mehr Schwerkranke versichert hat, erhält mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds – als auch bei den jährlichen Honorarverhandlungen für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten. Vor diesem Hintergrund steht die Kodierqualität auch immer wieder auf dem Prüfstand. Im Fokus stehen Krankheiten mit hohen Fallzahlen, deren Behandlung jährlich Millionen kostet.

So funktioniert der Kodier-Check

Der neue Kodier-Check startet so auch bewusst für vier Diagnosebereiche mit hohen Fallzahlen und einer komplexen Kodierung: Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes mellitus und Folgen eines Bluthochdrucks. Geben Praxen einen Code aus diesen Diagnosebereichen an, beginnt ein Kodierregelwerk im Hintergrund mit der Prüfung. Passt etwas nicht, meldet es sich und gibt beispielsweise den Hinweis, dass ein spezifischerer ICD-10-GM-Code vorhanden ist und bietet diesen direkt zur Auswahl an. Mit nur einem Klick kann der Anwender den Code übernehmen oder ablehnen. Soll der Hinweis bei diesem Fall im selben Quartal nicht noch einmal angezeigt werden, kann er deaktiviert werden. Die ärztliche Entscheidung hat oberste Priorität.

Die Software ist so voreingestellt, dass der Kodier-Check direkt bei der Kodierung läuft. Wer das nicht möchte, kann die Einstellung so anpassen, dass die Überprüfung erst bei der (Test-)Abrechnung erfolgt. Ärztinnen und Ärzte erhalten dann eine Übersicht mit allen Behandlungsfällen und den entsprechenden Hinweisen angezeigt, und die Fälle können einzeln bearbeitet werden.

Anlegen von Dauerdiagnosen weiter möglich

Die Funktion, Behandlungsdiagnosen eines Quartals so zu kennzeichnen, dass sie auch in den Folgequartalen automatisch in die Abrechnungsunterlagen übernommen werden können, bleibt erhalten. Neu ist, dass diese Funktion künftig auch für anamnestische Diagnosen bereitsteht, und in jeder Praxissoftware aktiviert ist. Einige Ärzte und Psychotherapeuten werden somit ab Januar 2022 zum ersten Mal damit arbeiten können – die Nutzung bleibt aber freiwillig.

Bevor Praxen „Dauerdiagnosen“ oder „anamnestische Diagnosen“ in die Abrechnung übernehmen, sollte eine Prüfung erfolgen, ob diese in dem Quartal für die Behandlung relevant waren. Die Auswahl und Übernahme ist weiterhin mittels weniger Klicks im PVS möglich. Der Diabetes mellitus eines Patienten ist beispielsweise regelhaft Anlass zur Behandlung und wäre eine klassische Dauerdiagnose. Eine Penizillin-Allergie hat ein Patient ebenfalls dauerhaft, sie führt aber nur sporadisch zu einem Behandlungsaufwand. Für die

ärztliche Entscheidung ist sie etwa bei der Verordnung eines Antibiotikums wichtig und daher als anamnestische Diagnose zu kennzeichnen.

Eine zusätzliche Funktion bietet die Kodierunterstützung speziell für den „akuten Herzinfarkt“ und den „akuten Schlaganfall“. Sollen die entsprechenden Codes mit dem Zusatzkennzeichen „G“ für gesichert als Dauerdiagnose neu abgespeichert werden, erhält der Anwender einen Hinweis. Denn akute Diagnosen sind in aller Regel als Dauerdiagnosen ungeeignet, und für den Herzinfarkt und Schlaganfall sieht die ICD-10-GM spezifische Codes für die dauerhafte Schädigung und Behandlung vor. Aber auch hier gilt: Es sind Hinweise, die Entscheidung trifft der Arzt.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte auf der Internetseite der KBV:

https://www.kbv.de/html/1150_54025.php

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

oder auf unserer Internetseite:

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

19. Onkologie-Vereinbarung wird zum 1. Oktober angepasst

Auf Anpassungen in der Onkologie-Vereinbarung zum 1. Oktober 2021 haben sich KBV und GKV-Spitzenverband geeinigt. Unter anderem sind die Berechnungsfähigkeit der Kostenpauschale für die orale Tumorthherapie und die Therapieoption „Active Surveillance“ beim Prostatakarzinom sowie eine neue Indikation aufgenommen worden.

Erweiterung der oralen Tumorthherapie

Die Kostenpauschale 86520 für die orale Tumorthherapie kann künftig auch für die Hormonbehandlung im metastasierten Stadium angesetzt werden – und zwar unabhängig davon, ob eine weitere medikamentöse Tumorthherapie erfolgt. Die Definition der „medikamentösen Tumorthherapie“ wurde in der Onkologie-Vereinbarung entsprechend ergänzt (§ 4).

Gleichzeitig wird in der Onkologie-Vereinbarung klargestellt, dass im Rahmen der Nachsorge adjuvante Therapien mit endokrin wirksamen Medikamenten als auch – sofern keine weiteren beziehungsweise anderen tumorspezifischen Medikamente verabreicht werden – Therapien mit Medikamenten zur Behandlung von Knochenerkrankungen nicht unter diese Erweiterung fallen. Sie berechtigen weiterhin nicht zur Berechnung der Kostenpauschalen der Onkologie-Vereinbarung (§ 1).

Auch wurde in diesem Zuge eine klarstellende Anmerkung zur Berechnungsfähigkeit der Kostenpauschale 86516 aufgenommen.

Aufnahme „Active Surveillance“ beim Prostatakarzinom

Die aktuelle S3-Leitlinie zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms beinhaltet die Therapieoption „Active Surveillance“.

Bislang können Ärzte, die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen, diese nicht abrechnen. Durch die Anpassung der Onkologie-Vereinbarung kann der behandelnde Arzt die Therapieoption ab Oktober mit der Kostenpauschale 86512 berechnen. Dies ist einmal im Behandlungsfall möglich.

Neue Indikation aufgenommen

Die paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie, die auch als Marchiafava-Micheli-Syndrom bezeichnet wird, ist im Falle eines Behandlungsbedarfs als neue Indikation hinzugekommen. Neben der Kostenpauschale 86510 wird hierfür, sofern eine intravenöse Therapie mit monoklonalen Antikörpern erfolgen muss, auch die Kostenpauschale 86516 abrechenbar. Die Aufnahme dieser neuen Indikation wird zunächst auf acht Quartale begrenzt und evaluiert.

Ansprechpartner zu allen Themen:

Servicecenter ☎ 0681-998370

✉: servicecenter@kvsaarland.de

Herausgeber: Kassenärztliche Vereinigung Saarland - Europaallee 7-9 - 66113 Saarbrücken - Körperschaft des öffentlichen Rechts
- Tel 0681 99 83 70 – Fax: 0681 99 83 71 40 - Mail info@kvsaarland.de - Web www.kvsaarland.de
Verantwortlich: Vorstand - Redaktion: Öffentlichkeitsarbeit
- Zuständige Aufsichtsbehörde: Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie

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