

# Abrechnung

Rundschreiben der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland

Anlage zu Ausgabe 5/2022 –  
14.07.2022

## Für den Arzt und das Praxisteam

1. Affenpocken: Pseudoziffer für Nukleinsäurenachweis zum 1. Juni beschlossen	2
2. Änderungen in den Regionalen Abrechnungsziffern für das 3. Quartal 2022:	2
3. Anpassung substituionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger	3
4. Anpassung der ePA-Erstbefüllungsvereinbarung	3
5. Anpassung strahlentherapeutischer Leistungen des Kapitels 25	3
6. Neue Begrenzungsregelung bei psychotherapeutischen Leistungen in Videosprechstunden ab 1. Juli 2022	4
7. Wegfall der Kennzeichnung der Corona-Fälle 88240	4
8. Mikrobiologische Diagnostik im EBM angepasst (596. Sitzung)	5
9. Psychotherapie: Anpassung der Strukturzuschläge zum 1. Januar 2022	8
10. Telemedizin im Notdienst	8
11. Kinder-Richtlinie: Corona-Sonderregelung zur Überschreitung der Toleranzzeiten	9
12. Wegfall der Toleranzgrenzen für U10, U11 und J2 im regional geschlossenen Vertrag mit der IKK Südwest	9
13. Zweitmeinungsverfahren „Kathetergestützte, elektrophysiologische Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen“	10

## 1. Affenpocken: Pseudoziffer für Nukleinsäurenachweis zum 1. Juni beschlossen

Der Bewertungsausschuss (BA) hat **rückwirkend zum 1. Juni und befristet bis zum 30. September 2022** für den Nukleinsäurenachweis des Erregers der Affenpocken die Abrechnung nach der Pseudo- Gebührenordnungsposition (Pseudo-GOP) 88740 als Leistung der vertragsärztlichen Versorgung beschlossen und befristet in den EBM aufgenommen.

Somit kann für den benannten Zeitraum der Nukleinsäurenachweis des Erregers der Affenpocken aus Haut- oder Schleimhautläsionen die Pseudo-GOP 88740 als Leistung abgerechnet werden. Die GOP 88740 hat derzeit eine Bewertung von 19,90 Euro und kann höchstens 3x im Behandlungsfall zum Ansatz gebracht werden.

Die Abrechnung **ist nur für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie** zulässig.

### Ansprechpartner:

Servicecenter

☎ 0681-998370

✉: servicecenter@kvsaarland.de

## 2. Änderungen in den Regionalen Abrechnungsziffern für das 3. Quartal 2022:

### Ziffern 98060 bis 98072

Mit Wirkung zum **01.07.2022** hat die **KKH als weitere Krankenkasse (AOK RPS, DAK-G)** ihren Beitritt zum Vertrag zur „Früherkennung von Folge- und/oder Begleiterkrankungen chronischer Erkrankungen“ gemäß § 140a SGB V mit der DAK-Gesundheit erklärt.

Demnach besteht bei Patientinnen und Patienten ab dem 01.07.2022 ein Leistungsanspruch auf Leistungen dieses Programms. Hierbei handelt es sich um die Leistungen **98060 bis 98072**.

### Kündigung des Vertrages über die ergänzende Hautkrebsvorsorge mit der energie BKK (VKNR: 09450)

Weiter wurde der Vertrag mit der **energie BKK** zum 30.06.2022, für die regionalen Leistungen im Zusammenhang mit dem **Hautkrebscreening** beendet.

Demnach steht Patientinnen und Patienten der **energie BKK** ab dem 01.07.2022 kein Leistungsanspruch auf die Leistungen 98200, 98205 mehr zu.

### Ansprechpartner:

Servicecenter

☎ 0681-998370

✉: servicecenter@kvsaarland.de

### 3. Anpassung substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger

Der BA hat beschlossen, die GOP 01953 (Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger mit einem Depotpräparat) rückwirkend zum 1. April 2022 in die Leistungslegende der GOP 01952 (Therapeutisches Gespräch) aufzunehmen, um das therapeutische Gespräch im Zusammenhang mit der Behandlung mit einem Depotpräparat zu ermöglichen.

**Ansprechpartner:**

Servicecenter ☎ 0681-998370 ✉: servicecenter@kvsaarland.de

### 4. Anpassung der ePA-Erstbefüllungsvereinbarung

Für die Erstbefüllungsvereinbarung zur elektronischen Patientenakte (ePA-Erstbefüllungsvereinbarung) tritt eine Detailänderung zum 18.06.2022 in Kraft.

Konkret geht es um den Berechnungsausschluss der Gebührenordnungsposition (GOP) 01648 zur GOP 01431, der an die Regelung im EBM angepasst wird. Darauf haben sich KBV und GKV-Spitzenverband verständigt und die ePA-Abrechnungsvereinbarung für die vertragsärztliche Versorgung (Anlage 1a der ePA-Erstbefüllungsvereinbarung) entsprechend angepasst.

Derzeit ist in der ePA-Abrechnungsvereinbarung die parallele Berechnung der GOP 01431 (Zusatzpauschale zu den GOP 01430, 01435 und 01820) und der GOP 01648 (Zusatzpauschale ePA-Erstbefüllung) im Behandlungsfall ausgeschlossen (gemäß § 2 Nr. 2 der Anlage 1a zur ePA-Erstbefüllungsvereinbarung). Demgegenüber ist eine parallele Berechnung der GOP 01431 und der GOP 01648 nach dem EBM nur im Arztfall ausgeschlossen.

**Ansprechpartner:**

Servicecenter ☎ 0681-998370 ✉: servicecenter@kvsaarland.de

### 5. Anpassung strahlentherapeutischer Leistungen des Kapitels 25

**Folgende Änderungen wurden vom BA zum 1. Juli 2022 beschlossen:**

Ein Teil der zum 1. Januar 2021 neu eingeführten Zuschläge zur Hochvolttherapie im Abschnitt 25.3.2 EBM (vgl. 513. Sitzung) werden in ihre jeweilige Grundleistung überführt:

- Überführung der GOP 25318 (IGRT) in die GOP 25316 (Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei gutartigen Erkrankungen).
- Überführung der GOP 25325 (IMRT), 25326 (IGRT) und 25327 (IMRT und IGRT) in die GOP 25321 (Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei bösartigen Erkrankungen oder bei raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems).

**Anpassung der Bewertungen:**

- der Grundleistungen nach den GOP 25316 und 25321,

- der verbleibenden Zuschläge nach den GOP 25317 (Zuschlag bei mehr als einem Zielvolumen bei gutartiger Erkrankung), 25324 (Zuschlag bei mehr als einem Zielvolumen bei bösartiger Erkrankung) und 25328 (Zuschlag bei Überschreitung der Einzeldosis  $\geq 2,5$  Gy bei bösartiger Erkrankung) sowie
- der Bestrahlungsplanungsleistungen nach den GOP 25340 bis 25343.

Die Finanzierung der strahlentherapeutischen Leistungen erfolgt ab dem 1. Januar 2023 wieder außerhalb der MGV. Dabei bleibt der vom EBA zum 1. Januar 2022 in den Abschnitt 25.2 aufgenommene Hygienezuschlag nach der GOP 25215 unberücksichtigt – dieser wird weiterhin innerhalb der MGV vergütet.

## **Ansprechpartner:**

Servicecenter ☎ 0681-998370 ✉: servicecenter@kvsaarland.de

## **6. Neue Begrenzungsregelung bei psychotherapeutischen Leistungen in Videosprechstunden ab 1. Juli 2022**

Ab Juli gibt es eine neue Begrenzungsregelung im EBM für psychotherapeutische Leistungen in Videosprechstunden.

Konkret hat der Bewertungsausschuss (BA) beschlossen, dass die seit April 2022 im EBM geltende Begrenzung von 30 Prozent für Leistungen des Kapitels 35 (Psychotherapie-Richtlinie) nicht mehr spezifisch für jede einzelne Gebührenordnungsposition (GOP) anzuwenden ist, sondern in Summe für alle Leistungen des Kapitels 35 gilt, die im Rahmen einer Videosprechstunde ausgeführt werden können, ausgenommen **ist hierbei lediglich die psychotherapeutische Akutbehandlung nach der GOP 35152**. Hier gilt die Obergrenze weiterhin spezifisch für diese Einzelleistung.

Maßgeblich für die Anwendung der leistungsbezogenen Obergrenze im Kapitel 35 ist zudem nicht mehr die Anzahl der jeweiligen Leistungen, sondern das Punktzahlvolumen aller abgerechneten Leistungen, die im Rahmen einer Videosprechstunde durchgeführt wurden - Ausnahme: Psychotherapeutische Akutbehandlung.

## **Ansprechpartner:**

Servicecenter ☎ 0681-998370 ✉: servicecenter@kvsaarland.de

## **7. Wegfall der Kennzeichnung der Corona-Fälle 88240**

Alle ärztlichen Leistungen, die aufgrund des begründeten klinischen Verdachts auf eine Infektion oder einer nachgewiesenen Infektion mit dem Coronavirus erforderlich sind, wurden die Behandlungstage ab 1. Februar 2020 bis zum 30. Juni 2022 mit der Kennziffer 88240 gekennzeichnet und dokumentiert.

Diese Sonderregelung wurde nicht verlängert und somit können Behandlungstage in diesem Zusammenhang ab dem 01.07.2022 nicht mehr gekennzeichnet werden.

Die Beauftragung eines PCR-Tests im Labor bei symptomatischen Patienten ist weiter über das Muster 10c möglich.

**Ansprechpartner:**

Servicecenter

☎ 0681-998370

✉: servicecenter@kvsaarland.de

## 8. Mikrobiologische Diagnostik im EBM angepasst (596. Sitzung)

Für die mikrobiologische Diagnostik werden mehrere neue Leistungen in den Abschnitt 32.3 EBM aufgenommen sowie bestehende Leistungen angepasst. Dies hat der Bewertungsausschuss zum 1. Juli beschlossen.

Neben einigen redaktionelle Änderungen unter anderem in den Überschriften zu unterschiedlichen EBM-Abschnitten, finden sich erste Änderungen in den Anmerkungen zu den GOP 32772 und 32773 und Anpassungen in den Ziffernkränzen der Kennnummern 32004, 32005 und 32006.

### Nachfolgenden Änderungen wurden in den einzelnen Abschnitten vorgenommen:

#### **EBM Abschnitt 32.3.5:**

Der Nachweis von Anti-Drug-Antikörpern kann für alle Arzneimittel-spezifischen Antikörper unabhängig vom auslösenden Wirkstoff nach der bestehenden Gebührenordnungsposition (GOP) 32480 abgerechnet werden. Die Einschränkung auf Antikörper gegen den Wirkstoff Velmanase alfa wurde gestrichen, die GOP 32481 für Sebelipase alpha entfällt.

#### **EBM Abschnitt 32.3.7:**

Die quantitative Bestimmung einer in-vitro-Interferon-gamma Freisetzung nach der GOP 32670 zum Ausschluss einer latenten oder aktiven Tuberkulose kann nunmehr nicht nur vor, sondern auch während einer Therapie durchgeführt werden.

#### **Neuaufnahme** in den Katalog der GOP'en 32584 bis 32641 im **Abschnitt 32.3.7:**

GOP 32584 HEV-Antikörper -11,10€

#### **EBM Abschnitt 32.3.8:**

##### **Neuaufnahme:**

GOP 32683 Nukleinsäurenachweis von Erregern von Parasitosen bei immundefizienten Patienten außer Toxoplasma aus einem Körpermaterial, je Erregerart, höchstens drei Erregerarten je Untersuchungsprobe -19,90 €

#### **EBM Abschnitt 32.3.10:**

##### **Neuaufnahme nachfolgender GOP'en:**

GOP 32701 Nachweis Clostridioides difficile im Stuhl -23,80€

GOP 32702 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 32701 für den Nukleinsäurenachweis von Clostridioides difficile bei diskordanten Ergebnissen des Immunoassays -19,90 €

GOP 32777 Semiquantitative nach EUCAST oder CLSI ausgewählte Empfindlichkeitsprüfungen von in Reinkultur gezüchteten klinisch relevanten Bakterien aus einem Material - mit atypischem Färbeverhalten nach Gram oder - für die gemäß EUCAST oder CLSI ein von den Gebührenordnungspositionen 32772 oder 32773 abweichender Leistungsinhalt definiert ist, je Bakterienart, höchstens zwei Bakterienarten je Untersuchungsprobe -6,93 €

## **EBM Abschnitt 32.3.12:**

### **Aufnahme der Bestimmungen Nummer 1 und 2 in den Abschnitt 32.3.12.**

1. Immundefizient sind Patienten, bei denen mindestens ein Teil des Immunsystems aufgrund exogener oder endogener Ursachen soweit eingeschränkt ist, dass eine regelgerechte Immunreaktion nicht erfolgt und ein Auftreten opportunistischer Infektionen zu erwarten ist.
2. Der Nachweis mikrobieller/viraler Nukleinsäure aus einem Körpermaterial (Direktnachweis) erfolgt mittels Nukleinsäureamplifikationstechniken und beinhaltet für die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32815, 32817 sowie 32823 bis 32827 die Aufbereitung (z. B. Zellisolierung, Nukleinsäureisolierung, -denaturierung) und Spezifitätskontrolle des Amplifikats (z. B. mittels Elektrophorese und markierter Sonden), ggf. einschl. reverser Transkription und mehreren aufeinanderfolgenden Amplifikationen.

### **Neuaufnahmen nachfolgender GOP'en in den Abschnitt 32.3.12 EBM:**

GOP 32800 Nukleinsäurenachweis von Herpes-simplexVirus Typ 1 und Typ 2 bei immundefizienten Patienten -19,90 €

Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 32800 und 32852 beträgt 40 Euro

GOP 32801 Nukleinsäurenachweis von VaricellaZoster-Virus bei immundefizienten Patienten - 19,90€

GOP 32802 Nukleinsäurenachweis von Pneumocystis jirovecii bei immundefizienten Patienten - 19,90€

GOP 32803 Nukleinsäurenachweis von Listeria spp. bei immundefizienten Patienten -19,90 €

GOP 32804 Nukleinsäurenachweis von Zika-Virus-RNA -19,90 €

GOP 32805 Nukleinsäurenachweis von sonstigen Arboviren -19,90 €

GOP 32806 Nukleinsäurenachweis von Masernvirus -19,90 €

GOP 32807 Nukleinsäurenachweis von Mumpsvirus -19,90 €

GOP 32808 Nukleinsäurenachweis von Rötelnvirus -19,90 €

GOP 32809 Nukleinsäurenachweis von Adenoviren aus Konjunktivalabstrich -19,90 €

GOP 32815 Quantitative Bestimmung der Hepatitis DVirus-RNA vor, während, zum Abschluss oder nach Abbruch einer spezifischen antiviralen Therapie, höchstens dreimal im Behandlungsfall -89,50 €

GOP 32817 Quantitative Bestimmung der Hepatitis B-Virus-DNA zur Diagnostik einer HBV-Reaktivierung oder vor, während, zum Abschluss oder nach Abbruch einer spezifischen antiviralen Therapie, höchstens dreimal im Behandlungsfall -89,50 €

GOP 32845 Nukleinsäurenachweis von HAV, einmal im Behandlungsfall -19,90 €

GOP 32846 Nukleinsäurenachweis von HEV, einmal im Behandlungsfall -19,90 €

GOP 32847 Nukleinsäurenachweis von HDV, einmal im Behandlungsfall -19,90 €

GOP 32851 Nukleinsäurenachweis von einem oder mehreren der nachfolgend aufgeführten Erreger akuter respiratorischer Infektionen (Befundmitteilung innerhalb von 24 Stunden nach Materialeingang im Labor) - virale Erreger: Influenza A und B, Parainfluenzaviren, Bocavirus, Respiratory-Syncytial-Virus, Adenoviren, humanes Metapneumovirus, Rhinoviren, Enteroviren und Coronaviren (außer beta-Coronavirus SARS-CoV-2), - bakterielle Erreger: Bordetella pertussis und B. parapertussis, Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae, Legionella pneumophila, Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Yersinia pseudotuberculosis, je Erreger -19,90 €  
Ab der 2. Leistung am Behandlungstag wird die Gebührenordnungsposition 32851 mit 7,23 Euro je Erreger bewertet. Der Höchstwert für die Untersuchungen nach der Gebührenordnungsposition 32851 beträgt 85 Euro

GOP 32852 Nukleinsäurenachweis von einem oder mehreren der nachfolgend aufgeführten Erreger sexuell übertragbarer Infektionen (Befundmitteilung innerhalb von 24 Stunden nach Materialeingang im Labor) - Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma genitalium, Trichomonas vaginalis, Herpes-simplex-Virus Typ 1 und 2, je Erreger -19,90 €  
Ab der 2. Leistung am Behandlungstag wird die Gebührenordnungsposition 32852 mit 7,23 Euro je Erreger bewertet. Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 32800 und 32852 beträgt 40 Euro

GOP 32853 Nukleinsäurenachweis von einem oder mehreren der nachfolgend aufgeführten Erreger akuter gastrointestinaler Infektionen (Befundmitteilung innerhalb von 24 Stunden nach Materialeingang im Labor) - virale Erreger: Noroviren, Enteroviren, Rotaviren, Adenoviren, Astroviren, Sapoviren, - bakterielle Erreger: Campylobacter, Salmonellen, Shigellen, Yersinia enterocolitica, EHEC/EPEC, - Cryptosporidium spp., Entamoeba histolytica, Giardia duodenalis, Strongyloides spp., je Erreger 19,90 €  
Ab der 2. Leistung am Behandlungstag wird die Gebührenordnungsposition 32853 mit 7,23 Euro je Erreger bewertet.  
Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungsposition 32853 beträgt 85 Euro.

**Neufassung** der GOP'en 32823 bis 32827 innerhalb des Abschnitts 32.3.12 sowie eine Neufassung der GOP'en 32830 bis 32835, 32837, 32839, 32842 bis 32844 innerhalb desselben Abschnitts.

**Nachfolgende GOP'en wurden aus dem Abschnitt 32.3.12 gestrichen:** 32826, 32829, 32836, 32841, 32855, 32856, 32857, 32859

Mit Wirkung zum **01.10.2022** wurde in der **596. Sitzung** durch den Bewertungsausschuss entschieden die **GOP 32703 EBM** aus dem Abschnitt 32.3.10 zu streichen. Die GOP wurde als nicht mehr berechnungsfähige Leistung in den Anhang 4 zum EBM überführt.

**Ansprechpartner:**

Servicecenter ☎ 0681-998370 ✉: servicecenter@kvsaarland.de

## 9. Psychotherapie: Anpassung der Strukturzuschläge zum 1. Januar 2022

Zur Berücksichtigung der Personalkosten bei der Bewertung psychotherapeutischer Leistungen hat der Bewertungsausschuss (BA) die Strukturzuschläge rückwirkend zum 1. Januar 2022 angehoben. Die Bewertungen der Strukturzuschläge, die der Refinanzierung der Differenz zwischen den normativen Personalkosten und den in den Bewertungen der psychotherapeutischen Leistungen abgebildeten empirischen Personalkosten (4.553 Euro) dienen, wurden entsprechend angepasst. Die Strukturzuschläge garantieren gemeinsam mit den Bewertungen der psychotherapeutischen Leistungen die Einhaltung der gesetzlichen Vorgabe zur angemessenen Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen.

**Neue Bewertung:**

GOP	Beschreibung	Punkte bisher	Punkte neu
35571	Strukturzuschlag Einzeltherapie	186	192
35572	Strukturzuschlag Gruppentherapie (einschließlich Gruppenpsychotherapeutischer Grundversorgung)	78	80
35573	Strukturzuschlag Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	95	98

Die rückwirkende Anhebung der Strukturpauschale wird noch im Honorarbescheid für das Quartal 1/2022 umgesetzt, sodass keine Nachberechnung durchgeführt werden muss.

**Ansprechpartner:**

Servicecenter ☎ 0681-998370 ✉: servicecenter@kvsaarland.de

## 10. Telemedizin im Notdienst

Zum 1. Juli 2022 wird die Berechnungsfähigkeit der Notfallpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) 01210 und 01212 erweitert, sodass diese auch bei Durchführung im Rahmen einer Videosprechstunde im organisierten Not(-fall)dienst berechnungsfähig sind.

**Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser dürfen im Notfall eine Videosprechstunde nicht durchführen.**

Bei ausschließlichem Arzt-Patienten-Kontakt in einer Videosprechstunde wird ein Abschlag von 10 Prozent auf die Bewertungen der GOP 01210 und 01212 gewährt. Die Bewertung für die jeweilige



Leistung im Videokontakt entspricht somit 108 Punkten (GOP 01210) beziehungsweise 176 Punkten (GOP 01212).

Die sonst geltenden Obergrenzen bei ausschließlichem Kontakt im Behandlungsfall im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß 4.3.1 Absatz 5 Nummer 6 und Absatz 6 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM werden im organisierten Not(-fall)dienst nicht angewendet.

Zu den GOP 01210 und 01212 im Rahmen einer Videosprechstunde im organisierten Not(-fall)dienst sind der Zuschlag für die Authentifizierung unbekannter Patienten (GOP 01444) und der Technikzuschlag Videosprechstunde (GOP 01450) berechnungsfähig. Erfolgt im Behandlungsfall ein weiterer Arzt-Patienten-Kontakt in einer Videosprechstunde im organisierten Not(-fall)dienst, ist der Technikzuschlag auch im Zusammenhang mit den Notfallkonsultationspauschalen (GOP 01214, 01216 sowie 01218) berechnungsfähig.

Die Schweregradzuschläge zu den Notfallpauschalen nach den GOP 01223, 01224 beziehungsweise 01226 sind weiterhin nur im persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig.

Auch im organisierten Not(-fall)dienst dürfen Videosprechstunden nur mit Videodienstanbietern durchgeführt werden, die gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte zertifiziert sind. Erfolgt eine Videosprechstunde im organisierten Not(-fall)dienst und die Berechnung der entsprechenden Notfallpauschale, ist dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung (GOP 01210V bzw. 01212V) zu dokumentieren.

**Ansprechpartner:**

Servicecenter ☎ 0681-998370 ✉: servicecenter@kvsaarland.de

## 11. Kinder-Richtlinie:

### Corona-Sonderregelung zur Überschreitung der Toleranzzeiten

Die aufgrund der Coronavirus-Pandemie zeitlich befristete Sonderregelung zur Überschreitung der Untersuchungszeiträume und Toleranzzeiten der Kinder-Untersuchungen U6, U7, U7a, U8 sowie U9 endet zum 30. Juni 2022. Ab dem 1. Juli gelten dann wieder die in der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vorgegebenen Untersuchungszeiträume und Toleranzzeiten.

**Ansprechpartner:**

Servicecenter ☎ 0681-998370 ✉: servicecenter@kvsaarland.de

## 12. Wegfall der Toleranzgrenzen für U10, U11 und J2 im regional geschlossenen Vertrag mit der IKK Südwest

Auf Grundlage der analogen Entscheidung zum Wegfall der Corona-Sonderregelungen im Zusammenhang mit den Toleranzgrenzen für Vorsorgeuntersuchungen endet auch der regional mit der IKK Südwest geschlossene Vertrag für die Vorsorgeuntersuchungen U10 (7 bis 8 Jahre), U11 (9 bis 10 Jahre), J2 (16 bis 17 Jahre).

Somit muss ab dem 01.07. bei Patientinnen und Patienten der IKK Südwest wieder auf die Einhaltung der im Vertrag benannten Zeiträume geachtet werden.

## **Ansprechpartner:**

Servicecenter

☎ 0681-998370

✉: servicecenter@kvsaarland.de

## **13. Zweitmeinungsverfahren „Kathetergestützte, elektrophysiologische Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen“**

Der G-BA hat kathetergestützte elektrophysiologische Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen unabhängig von der jeweiligen Grunderkrankung als Eingriffe definiert, die das Recht der Versicherten auf eine Zweitmeinungsberatung auslösen. Für die geplanten Eingriffe haben Patienten seit dem 01.06.2022 Anspruch auf eine Zweitmeinung. Nicht umfasst sind Notfalleingriffe und dringliche Eingriffe.

### **Berechtigte Facharztgruppen**

Die Beratung der Patienten zur Notwendigkeit eines empfohlenen Eingriffes betrifft verschiedene Facharztgruppen. Zur Zweitmeinung sind folgender Fachrichtungen **nach Genehmigungserhalt durch die KV Saarland** berechtigt:

- › Innere Medizin und Kardiologie,
- › Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie,
- › Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie oder
- › Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugendkardiologie

### **Leistungsinhalt und Vergütung**

Die Zweitmeinung umfasst die Durchsicht vorliegender Befunde des behandelnden Arztes und ein Anamnesegespräch. Hinzu kommen ärztliche Untersuchungen, sofern sie zur Befunderhebung und Überprüfung der Indikationsstellung zwingend erforderlich sind. Die Vergütung ist für alle Zweitmeinungsverfahren unabhängig vom jeweiligen Eingriff gleich.

**„Erstmeiner“:** Der Arzt, der die Indikation für einen der definierten Eingriffe stellt, kann für die Aufklärung und Beratung im Zusammenhang mit dem ärztlichen Zweitmeinungsverfahren die **Gebührenordnungsposition (GOP) 01645 einmal im Krankheitsfall** (vier Quartale) abrechnen. Sie ist mit 75 Punkten (8,34 Euro) bewertet. Die Leistung beinhaltet auch die Zusammenstellung aller erforderlichen Unterlagen für den Patienten.

**„Zweitmeiner“:** Die Abrechnung der Zweitmeinung ist im Abschnitt 4.3.9 „Ärztliche Zweitmeinung“ im Allgemeinen Teil des EBM geregelt. Danach rechnet der Arzt, der die Zweitmeinung abgibt, für den Patienten seine jeweilige arztgruppenspezifische Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale ab. Sind für seine Beurteilung ergänzende Untersuchungen notwendig, kann er diese ebenfalls durchführen, muss sie aber medizinisch begründen.

Die Vergütung für die jeweils neu in die Zweitmeinungs-Richtlinie (Zm-RL) aufgenommenen Leistungen ist zunächst extrabudgetär. Die Überführung in die morbiditätsbereinigte Gesamtvergütung erfolgt für jeden Eingriff der Zm-RL jeweils zu Beginn des zwölften Quartals, das auf das Inkrafttreten der entsprechenden Erweiterung der Richtlinien des G-BA zum Zweitmeinungsverfahren folgt.

## **Kennzeichnung:**

Für die Aufklärung und Beratung im Zusammenhang mit dem Zweitmeinungsverfahren bei bevorstehenden kathetergestützten elektrophysiologischen Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen durch den „**Erstmeiner**“ ist die neue bundeseinheitliche **GOP 01645G** vorgesehen.

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

## **Interaktion zwischen Erst- und Zweitmeinern**

Grundsätzlich sind alle Ärzte, die eine Indikation für einen in der Zm-RL benannten Eingriff stellen – und somit als „**Erstmeiner**“ tätig werden – **verpflichtet, ihre Patienten über das Recht zur Einholung einer Zweitmeinung aufzuklären** (vgl. § 6 der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren).

## **Ansprechpartner:**

Servicecenter ☎ 0681-998370 ✉: [servicecenter@kvsaarland.de](mailto: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](mailto:info@kvsaarland.de) - Web [www.kvsaarland.de](http://www.kvsaarland.de)  
Verantwortlich: Vorstand - Redaktion: Öffentlichkeitsarbeit  
- Zuständige Aufsichtsbehörde: Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit*

*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.*