

Abrechnung

Rundschreiben der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland

Anlage zu Ausgabe 1/2023
– Januar/Februar 2023

Für den Arzt und das Praxisteam

Inhalt

1. Änderung der Corona Testverordnung §4a zum 16.01.2023	2
2. 70. Sitzung eBA Teil D: Zusatzpauschale zur DiGA 01470- befristete Aufnahme endet zum 31.12.2022	2
3. Neue GOP 01940: Aufnahme eines Abschnitts 1.7.9 in den EBM 1.7.9 COVID-19-Präexpositionsprophylaxe (befristet bis 07.April 2023)	2
4. Änderung der Leistungslegende der Gebührenordnungspositionen 11601 und 19456 EBM_ Änderung des EBM bezüglich des Arzneimittels Lynparza	3
5. Änderungen TSVG zum 01.01.2023 TSS-Terminfall	4
6. Anpassung der Onkologie-Vereinbarung zum 01. Januar 2023	5
7. Außerklinische Intensivpflege - ab Januar 2023 neu geregelt	6
8. Authentifizierungszuschlag (GOP 01444) für Videosprechstunden verlängert	8
9. Höhere Kostenpauschalen für nichtärztliche Dialyseleistungen ab Januar 2023	8
10. Weiterhin rund 10 Euro für die Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte	9
11. GOP 32850: HIV-Präexpositionsprophylaxe	10
12. Korrekte Angabe der Postleitzahl bei manueller Scheinanlage (Feldkennung 3112)	10
13. Neue medikamentöse Behandlung bei Morbus Pompe- Änderung des zweiten Spiegelstriches des obligaten Leistungsinhaltes der GOP 01510 bis 01512	10
14. Kostenübernahme für reproduktionsmedizinische Leistungen bei gemischt-versicherten Ehepaaren	11
15. Orthopoxvirus- dauerhafte Aufnahme der GOP 32810 in den EBM ab Januar 2023	11
16. Neue ambulante Therapie bei Knorpelschäden am Knie: M-ACI ab Januar im EBM	11
17. EBM-Anpassungen beim Telemonitoring zum 1. Januar 2023	12
18. Kinder Richtlinie: Überschreitung der Toleranzzeiten ab der U6 vorübergehend möglich	13
19. Angabe des Überweisers auch bei Überweisung durch Zahnärzte notwendig	14
20. Videofallkonferenz mit Pflegekräften: Finanzierung der GOP 01442	14
21. Beschlüsse zur Förderung und Ausweitung des ambulanten Operierens	14
22. Weiterentwicklung Vertrag nach § 115b SGB V - ambulantes Operieren im Krankenhaus	16
23. Zweitmeinungsverfahren: Entfernung der Gallenblase	17

1. Änderung der Corona Testverordnung §4a zum 16.01.2023

Zum 16.01.2023 wurde die Corona-TestV angepasst: **Punkt vier des § 4a („Bürgertests“)** wurde **gestrichen**:

Punkt vier. „Personen, die sich zum Zeitpunkt der Testung aufgrund einer nachgewiesenen Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 in Absonderung befinden, wenn die Testung zur Beendigung der Absonderung erforderlich ist.“

In diesem Zusammenhang ist **die GOP 98905U ab dem 16.01.2023 nicht mehr berechnungsfähig.**

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des BMG und der KBV unter folgenden Links:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/coronavirus-testverordnung-testv.html>

https://www.kbv.de/html/themen_49345.php



Ansprechpartner:

Servicecenter

☎ 0681-998370

✉: servicecenter@kvsaarland.de

2. 70. Sitzung eBA Teil D: Zusatzpauschale zur DiGA 01470- befristete Aufnahme endet zum 31.12.2022

Die GOP 01470 (Zusatzpauschale für das Ausstellen einer Erstverordnung einer DiGA) wurde im Januar 2021 befristet bis zum 31.12.2022 in den EBM aufgenommen.

Ab Januar 2023 ist die Leistung nicht mehr gesondert berechnungsfähig und wird in den Anhang 1 des EBM überführt, sie ist somit Inhalt der Versicherten- oder Grundpauschale.

Ansprechpartner:

Servicecenter

☎ 0681-998370

✉: servicecenter@kvsaarland.de

3. Neue GOP 01940: Aufnahme eines Abschnitts 1.7.9 in den EBM 1.7.9 COVID-19-Präexpositionsprophylaxe (befristet bis 07.April 2023)

Seit Ende Mai haben Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung einen Anspruch auf Versorgung mit monoklonalen Antikörpern (MAK) zur Präexpositionsprophylaxe (PrEP) einer COVID-19-Erkrankung. Dies sieht die SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung vor, die bis zum 7. April 2023 in Kraft ist. Die Kosten für die COVID-19 -PrEP wurden anfangs vom Bund übernommen und über die MAK-Verordnung vergütet.

Voraussetzung für eine Präexpositionsprophylaxe (PrEP) zum Schutz vor COVID-19 ist, dass bei den Versicherten entweder aus medizinischen Gründen kein oder kein ausreichender Immunschutz gegen COVID-19 durch eine Impfung erzielt werden kann oder bei ihnen Impfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 aufgrund einer Kontraindikation nicht durchgeführt werden können und sie Risikofaktoren für einen schweren Verlauf einer Erkrankung an COVID-19 haben.

Mit dem vorliegenden Beschluss erfolgt die Abbildung der vertragsärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit einer COVID-19-PrEP durch **die Aufnahme der Gebührenordnungsposition (GOP) 01940 in einen neuen Abschnitt 1.7.9 „COVID-19- Präexpositionsprophylaxe“ des EBM.**

Die neue Gebührenordnungsposition (GOP) ist mit 163 Punkten (18,73 Euro) bewertet. Sie umfasst die Prüfung der Indikation sowie die Aufklärung und die Beratung. Die Verabreichung der intramuskulären Injektionen ist fakultativer Inhalt für den Fall, dass bei dem Patienten nach erfolgter Beratung keine COVID-19-PrEP durchgeführt wird. Die GOP im neuen EBM-Abschnitt 1.7.9 ist bis zu zweimal im Krankheitsfall (= vier Quartale) berechnungsfähig – vorausgesetzt, dass die COVID-19-PrEP mindestens einmal verabreicht wurde. Abrechnungsberechtigt sind Hausärzte, Kinder- und Jugendmediziner sowie Internisten mit und ohne Schwerpunkt.

Weitere Informationen finden Sie bei der KBV unter:
https://www.kbv.de/media/sp/EBM_2023-01-01_BA_624_BeeG_COVID-19_Praeexpositionsprophylaxe.pdf



Ansprechpartner:

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

4. Änderung der Leistungslegende der Gebührenordnungspositionen 11601 und 19456 EBM_ Änderung des EBM bezüglich des Arzneimittels Lynparza

Die Anwendung von Lynparza® (Wirkstoff Olaparib) wurde um die Anwendung zur adjuvanten Behandlung von HER2-negativem Mammakarzinom im Frühstadium mit hohem Rezidivrisiko erweitert. Im Rahmen der frühen Nutzenbewertung des G-BA nach § 35a SGB V ergab die Prüfung gemäß § 87 Abs. 5b Satz 5 SGB V daraufhin einen erneuten Anpassungsbedarf im EBM.

Vor der Anwendung des Arzneimittels ist der Nachweis einer pathogenen oder einer vermutlich pathogenen Mutation in den BRCA1- oder BRCA2-Genen der Keimbahn erforderlich. Mit dem vorliegenden Beschluss werden die im Leistungsinhalt der GOP 11601 enthaltenen Verweise auf die gemäß Fachinformation des Arzneimittels bislang zulässigen Indikationen gestrichen und stattdessen wird die Leistungslegende der GOP 11601 für den Nachweis oder Ausschluss von Mutationen in den Genen BRCA1 und BRCA2 generisch gefasst. Die Legende der GOP 19456 zum Nachweis von BRCA1/2 im Tumormaterial im Abschnitt 19.4.4 EBM wird dahingehend angeglichen. Die GOP 11601 und 19456 sind extrabudgetär vergütet. Die GOP 11601 ist nur subsidiär zu verwenden, wenn die Indikationskriterien des erblichen Mamma- und Ovarialkarzinoms nicht erfüllt sind und deswegen eine Untersuchung nach der GOP 11440 nicht berechnet werden darf.

Ansprechpartner:

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

5. Änderungen TSVG zum 01.01.2023 - TSS-Terminfall

Es werden weiterhin alle Leistungen der Arztgruppe im Quartal bei einem Versicherten (Arztgruppenfall) in voller Höhe vergütet. Zusätzlich wird ein extrabudgetärer Zuschlag zur Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale gezahlt. Die Vergütung dieser Zuschläge wird wie folgt angehoben:

- Termin spätestens am Folgetag (**Akutfall**): **200 Prozent (Suffix „A“)** ausschließlich im Rahmen der Terminvermittlung durch die TSS!
- Termin spätestens am **4. Tag: 100 Prozent (Suffix „B“)**
- Termin spätestens am **14. Tag: 80 Prozent (Suffix „C“)**
- Termin spätestens am **35. Tag: 40 Prozent (Suffix „D“)**

Die Abrechnung erfolgt wie bisher über die arztgruppenspezifischen TSS-Vermittlungszuschläge. Die Kennzeichnung der Zeitintervalle erfolgt mit den bestehenden bundeseinheitlichen Suffixen.

Für die Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern des Abschnitts 1.7.1 (ausgenommen Laborleistungen und die GOP 01720) aufgrund einer Terminvermittlung der TSS erhält die Praxis zukünftig einen Zuschlag in Form einer Zusatzpauschale nach der GOP 01710. Zeitintervalle und Suffixe siehe TSS-Terminfall oben.

Hausarztvermittlungsfall: Facharzt

Ab dem 01. Januar 2023 erhalten Fachärzte und Psychotherapeuten ebenfalls einen Zuschlag, sofern der Hausarzt einen Termin zu einem Facharzt vermittelt hat.

Der EBM wurde dahingehend angepasst, sodass die arztgruppenspezifischen Zuschläge (bisher aussch. bei der TSS-Terminvermittlung berechnungsfähig) ab Januar auch bei der Vermittlung durch den Hausarzt abgerechnet werden können.

Der Facharzt oder Psychotherapeut, der den Termin bereitstellt, erhält weiterhin alle Untersuchungen und Behandlungen in dem Quartal bei einem Versicherten (Arztgruppenfall) extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet. Er erhält außerdem einen extrabudgetären Zuschlag von 100, 80 oder 40 Prozent zur Grund- oder Konsiliarpauschale beziehungsweise der Versichertenpauschale bei fachärztlich tätigen Kinder- und Jugendmediziner (siehe oben Zeitintervalle TSS-Terminfall). Die Höhe des Zuschlags ist davon abhängig, wann der Patient den Termin erhält. Die Abrechnung erfolgt analog den oben genannten arztgruppenspezifischen TSS-Vermittlungszuschlägen nebst Suffixen.

Nicht berechnungsfähig: Der Zuschlag ist nicht berechnungsfähig, wenn der vermittelte Patient bei dem gleichen Facharzt im laufenden Quartal bereits behandelt wurde. **Der Zuschlag kann ebenfalls nicht abgerechnet werden, wenn die Ausstellung einer „Dinglichkeitsüberweisung“ ohne eine Terminvermittlung durch die Praxis erfolgte.**

Hausarztvermittlungsfall: Hausarzt

Der Hausarzt oder Kinder- und Jugendmediziner, der für einen Patienten einen dringenden Termin bei einem Facharzt oder Psychotherapeuten vereinbart, **erhält 15 Euro** (vorher rd. 10 Euro) gemäß der GOP 03008 bzw. 04008. Voraussetzung für diese Vergütung ist, dass der Patient einen Termin spätestens am 4. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Haus-

arzt erhält oder spätestens am 35. Kalendertag, wenn eine Terminvermittlung durch die Terminservicestellen der KV oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch den Patienten (oder eine Bezugsperson) aufgrund einer medizinischen Besonderheit des Einzelfalls nicht angemessen oder nicht zumutbar ist.

In welchen Fällen das zutrifft, entscheidet der Hausarzt. Er kann den Grund in der Patientenakte dokumentieren. **Liegt der Termin erst am 24. Tag oder danach (max. bis zum 35. Tag) ist in der Abrechnung eine medizinische Begründung anzugeben (Begründungsfeld, FK: 5009).**

Die Zählung der Kalendertage beginnt am Tag nach der Terminvermittlung durch die TSS beziehungsweise nach der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt.

Weitere Informationen finden Sie auch auf der Themenseite der KBV:
<https://www.kbv.de/html/terminvermittlung.php>



Ansprechpartner:

Servicecenter

☎ 0681-998370

✉: servicecenter@kvsaarland.de

6. Anpassung der Onkologie-Vereinbarung zum 01. Januar 2023

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben sich auf verschiedene **Anpassungen der Onkologie Vereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag-Ärzte) zum 1. Januar 2023 geeinigt**. Über einzelne Punkte der Änderungsvereinbarung möchten wir Sie im Folgenden informieren.

Berechnungsfähigkeit der Kostenpauschale 86516 im Rahmen von Arzneimittel-Härtefallprogrammen

Für die Berechnung der Kostenpauschale **86516 „intravasale medikamentöse Tumortherapie“** ist die Gabe von mindestens einem intravasal verabreichten Tumortherapeutikum der ATC-Klasse L notwendig. Um klarzustellen, dass hierunter auch intravasal applizierte Tumortherapeutika im Rahmen von Arzneimittel Härtefallprogrammen („Compassionate Use“) fallen, welche gegebenenfalls auch noch keinen ATC-Code tragen, wird eine Fußnote 5 eingefügt.

Über Arzneimittel-Härtefallprogramme können nicht zugelassene oder nicht genehmigte Arzneimittel, welche grundsätzlich der Pflicht zur Zulassung oder Genehmigung unterliegen, aus humanen Erwägungen zur Verfügung gestellt werden. Dies betrifft die Behandlung von Erkrankungen, die zu schweren Behinderungen führen würden oder als lebensbedrohend gelten und die mit einem zugelassenen oder genehmigten Arzneimittel nicht zufriedenstellend behandelt werden können. Die Kosten für die Medikamente werden vom Hersteller getragen. Die Arzneimittel-Härtefallprogramme werden von den Herstellern bei den jeweils zuständigen Bundes-Oberbehörden angezeigt.

Sie finden die angepasste Onkologie-Vereinbarung unter folgendem Link:
www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php



Ansprechpartner:

Servicecenter

☎ 0681-998370

✉: servicecenter@kvsaarland.de

7. Außerklinische Intensivpflege - ab Januar 2023 neu geregelt

Hierzu hat der Bewertungsausschuss in seiner 617. Sitzung **zum 01.12.2022 und zum 01.01.2023 neue Leistungen** in den EBM eingeführt und die zusätzlich notwendigen Anpassungen vorgenommen. Die neuen Leistungen werden zunächst extrabudgetär vergütet. Grundlage für die Verordnung ist die neue Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Aufnahme des neuen Abschnitts 37.7 „Außerklinische Intensivpflege gemäß AKI-RL“ in den EBM zum 01.12.2022

GOP 37700 (257 Punkte, einmal im Behandlungsfall): Erhebung unter Verwendung des Vordrucks nach Muster 62 Teil A. Die GOP stellt die Grundleistung dar (Dauer mindestens 20 Minuten) und ist daher auch bei Erhebung in Form einer Videosprechstunde berechnungsfähig (Suffix „V“). Sie ist regulär höchstens zweimal und mit medizinischer Begründung dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

GOP 37701 (128 Punkte, je vollendete 10 Minuten): Zuschlag zur GOP 37700 bei Durchführung der Erhebung im Rahmen eines Besuchs. Die GOP ist höchstens dreimal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

GOP 37704 (294 Punkte): Durchführung einer Schluckendoskopie (FEES) im Rahmen der Potenzialerhebung.

GOP 37705 (84 Punkte): Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse im Rahmen der Potenzialerhebung.

GOP 37706 (159 Punkte, einmal im Behandlungsfall): Grundpauschale für Ärzte und Krankenhäuser gemäß § 5 Absatz 2 Satz 2 AKI-RL, welche zum Zwecke der Potenzialerhebung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (auch im Rahmen einer Videosprechstunde abrechenbar, Suffix „V“).

GOP 37714 (106 Punkte, einmal im Behandlungsfall): Pauschale für einen konsiliarisch tätigen Arzt, sofern keine Grund- oder Versichertenpauschale berechnet wird. Sie ist auch bei der konsiliarischen Einbindung im Rahmen der Verordnung berechnungsfähig (Erweiterung erfolgt mit Beschlussteil B).

Sofern im Zusammenhang mit der Erhebung eine Bronchoskopie nach der GOP 09315 oder GOP 13662 durchgeführt wird, ist dies durch Angabe der kodierten Zusatzziffer 09315A beziehungsweise 13662A zu dokumentieren.

Ergänzt um folgende Leistungen für die Verordnung zum 01.01.2023

GOP 37710 (167 Punkte): Verordnung der außerklinischen Intensivpflege inklusive Erörterung und Feststellung der individuellen Therapieziele mit der Patientin oder dem Patienten unter Verwendung des Vordrucks nach Muster 62 Teile B und C. Die GOP ist höchstens dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

GOP 37711 (275 Punkte, einmal im Behandlungsfall): Zuschlag zur Versicherten- oder

Grundpauschale für den Vertragsarzt, der die außerklinische Intensivpflege koordiniert, wenn im Zeitraum der letzten zwei Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals eine Verordnung nach der GOP 37710 erfolgt ist.

GOP 37720 (86 Punkte): Patientenorientierte Fallbesprechung unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen und/oder weiterer Berufe beziehungsweise Angehöriger. Die GOP ist höchstens achtmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Die Leistung kann auch in Form einer Telefon- oder Videofallkonferenz erfolgen. Sie ist von einem weiteren Kreis von Facharztgruppen als die unmittelbar im Zusammenhang mit der Verordnung stehenden Leistungen (GOP 37710, 37711) berechnungsfähig, unter anderem auch von Psychiatern und HNO-Ärzten.

Erhebung per Telemedizin (ab 1. Dezember 2022)

Der Zuschlag zur Videosprechstunde (GOP 01450) kann im Zusammenhang mit der GOP 37700, 37706, 37720 berechnet werden.

Zum Ausstellen der neuen Verordnung muss eine Erhebung des Entwöhnungspotenzials vorliegen und ein Behandlungsplan erstellt werden – **beides neue ärztliche Aufgaben, für die laut Richtlinie eine besondere Qualifikation nachzuweisen ist.**

Die Erhebungsbefugnis ist grundsätzlich an eine Genehmigung der KV gebunden und kann nur von besonders qualifizierten Vertragsärztinnen und -ärzten durchgeführt werden. Hierzu zählen insbesondere jene mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin und Fachärztinnen und -ärzte für Innere Medizin und Pneumologie. Für weitere Fachgruppen sind bestimmte, einschlägige Tätigkeiten und Erfahrungen gegenüber der KV nachzuweisen. Auch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte oder Krankenhäuser sind zur Erhebung berechtigt und nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil (vgl. § 37c Abs. 1 Satz 7 SBG V bzw. § 5 Abs. 2 Satz 2 AKI-RL).

Die Verordnung kann – neben den potenzialerhebenden Vertragsärztinnen und -ärzten insbesondere von allen Fachärzten mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin und den Fachgruppen Innere Medizin und Pneumologie, Anästhesiologie, Neurologie sowie Kinder- und Jugendmedizin berechnet werden. Hausärztinnen und -ärzte können verordnen, wenn sie Kompetenzen im Umgang mit beatmeten beziehungsweise trachealkanülierten Patienten besitzen. Sie benötigen hierfür eine Genehmigung der KV. Bei Patientinnen und Patienten, die weder beatmungspflichtig noch trachealkanüliert sind, erfolgt die Verordnung in der Regel durch die Fachärztinnen und -ärzte, die auf die Erkrankung spezialisiert sind, die die außerklinische Intensivpflege erforderlich macht.

Für die Verordnung außerklinischer Intensivpflege sowie für Erhebung und Behandlungsplan gelten ab 1. Januar 2023 neue Formulare:

- Ergebnis der Erhebung: Formular 62A
- Verordnung: Formular 62B
- Behandlungsplan: Formular 62C

Durch eine Übergangsregelung darf die außerklinische Intensivpflege bis 30. Oktober 2023 weiterhin auf dem Formular 12 für die häusliche Krankenpflege verordnet werden.

Die Beschlüsse sowie weiterführende Informationen finden Sie unter:

<https://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>

<https://www.g-ba.de/beschluesse/5142/>

<https://www.kbv.de/html/60812.php>



Ansprechpartner:

Servicecenter

☎ 0681-998370

✉: servicecenter@kvsaarland.de

8. Authentifizierungszuschlag (GOP 01444) für Videosprechstunden verlängert

Für die Authentifizierung von unbekanntem Patienten in Videosprechstunden erhalten Ärzte und Psychotherapeuten weiterhin einen Zuschlag (01444) als Zuschlag zur Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale. Der Bewertungsausschuss hat die zum Jahresende auslaufende Regelung bis zum **31. Dezember 2023** verlängert.

Perspektivisch soll die Authentifizierung auf Basis von digitalen Versichertenidentitäten erfolgen. Da diese noch nicht zur Verfügung stehen, müssen Praxen die Daten der elektronischen Gesundheitskarte weiterhin händisch erfassen, wenn der Patient in dem Quartal oder im Vorquartal noch nicht persönlich in der Praxis war.

Ansprechpartner:

Servicecenter

☎ 0681-998370

✉: servicecenter@kvsaarland.de

9. Höhere Kostenpauschalen für nichtärztliche Dialyseleistungen ab Januar 2023

Die Pauschalen, die insbesondere auch die Kosten für nichtärztliches Personal enthalten, sind seit Jahren unverändert. Nunmehr werden sie analog zum Orientierungswert zum 1. Januar 2023 um **zwei Prozent angehoben**. Dabei handelt es sich um die Gebührenordnungspositionen **40815 bis 40819 und 40823 bis 40838 des EBM-Abschnitts 40.14**.

Nichtärztliche Dialyseleistungen umfassen sämtliche Sach- und Dienstleistungen rund um die Dialyse. Dazu gehören neben der pflegerischen Betreuung der Patienten unter anderem auch die Bereitstellung der Behandlungseinrichtungen und der Geräte inklusive Reparatur und Wartung sowie die anfallenden Material- und Verbrauchskosten.

Infektionsdialyse: Zuschlag auch bei COVID-19-Infektion

Dialyseärzte können auch für COVID-19-Patienten einen Infektionszuschlag abrechnen. Das hat der Bewertungsausschuss im EBM klargestellt. Bei Vorliegen bestimmter Infektionen erhalten Ärzte für den höheren Aufwand, zum Beispiel bei Isolierung des Patienten, einen Zuschlag zu den Kostenpauschalen für die Infektionsdialyse. **Bei COVID-19 war dies bereits im Rahmen einer Corona-Sonderregelung übergangsweise möglich.** Mit der Anpassung des EBM wird nun klargestellt, dass die Gebührenordnungsposition **40835** (91,80 Euro) für den Zuschlag zur Wochenpauschale und die 40836 (30,60 Euro) für den Zuschlag zur Einzelpauschale **auch bei einer COVID-19-Infektion abgerechnet werden kann.**

Keine Verlängerung der Zuschläge QS NET

Die befristet eingeführten **Zuschläge GOP 04567 und 13603 werden nicht verlängert und sind zum 31.12.2022 ausgelaufen.** Aufgrund der Umstellung auf das QS Verfahren QS NET 2020 und der damit verbundenen Anpassungen in der QS Dokumentation hatte der BA die Ziffern 04567 und 13603 befristet in den EBM aufgenommen.

Weitere Informationen finden Sie unter:

https://www.kbv.de/media/sp/EBM_2023-01-01_BA_620_BeeG_Dialyse-Sachkosten.pdf



https://www.kbv.de/media/sp/EBM_2023-01-01_BA_620_BeeG_Infektionsdialyse.pdf



Ansprechpartner:

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

10. Weiterhin rund 10 Euro für die Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte

Vertragsärzte und -psychotherapeuten können die **GOP 01648 einmal pro Patient abrechnen.** Sie sollten vor der Erstbefüllung möglichst den Patienten fragen, ob bereits Einträge von anderen Ärzten, Psychotherapeuten oder Zahnärzten vorgenommen wurden. Dann ist die GOP 01648 nicht berechnungsfähig, sondern anstelle dessen die reguläre Zusatzpauschale für die ePA-Unterstützungsleistung nach der GOP 01647 (15 Punkte).

Die GOP 01648 wird entsprechend um ein weiteres Jahr bis zum 31.12.2023 mit der Bewertung von 89 Punkten im EBM weitergeführt. Die Erstbefüllung wird **extrabudgetär vergütet.** Sie umfasst das Befüllen der Akte mit Befunden, Arztbriefen und anderen Dokumenten, die für die aktuelle Behandlung relevant sind. Die Patientenberatung zur ePA ist nicht Bestandteil der Leistung.

Ansprechpartner:

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

11. GOP 32850: HIV-Präexpositionsprophylaxe

Die medikamentöse HIV-Präexpositionsprophylaxe für Versicherte mit einem substanziellen HIV-Risiko wird ab 1. Januar weiterhin extrabudgetär vergütet. Die Verlängerung erfolgt befristet bis 31. Dezember 2023.

Ansprechpartner:

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

12. Korrekte Angabe der Postleitzahl bei manueller Scheinanlage (Feldkennung 3112)

Um Rückstellungen und Fehler in Ihrer Abrechnung zu vermeiden, möchten wir Sie an dieser Stelle darauf hinweisen, bei einer manuellen Scheinanlage im Rahmen eines Ersatzverfahrens oder eines Sonstigen Kostenträger-Falls auf die korrekte Eingabe einer existenten Postleitzahl in der entsprechenden Feldkennung 3112 zu achten.

Ansprechpartner:

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

13. Neue medikamentöse Behandlung bei Morbus Pompe- Änderung des zweiten Spiegelstriches des obligaten Leistungsinhaltes der GOP 01510 bis 01512

Die Behandlung mit einer weiteren Enzymersatztherapie bei Morbus Pompe, Avalglucosidase alfa, wird ab den 1. Januar 2023 vergütet. **Hierzu erfolgt die Aufnahme der Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter parenteraler intravasaler Gabe von Avalglucosidase alfa bei Morbus Pompe in den obligaten Leistungsinhalt der GOP 01510 bis 01512 in den Abschnitt 1.5 des EBM.**

Da die Infusion gemäß gültiger Fachinformation bis zu sieben Stunden betragen kann, ist auch die GOP 01512 berechnungsfähig. Für die Behandlung mit dem Wirkstoff Alglucosidase alfa sind nur die GOP 01510 und 01511 berechnungsfähig. Die Vergütung erfolgt innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Ansprechpartner:

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

14. Kostenübernahme für reproduktionsmedizinische Leistungen bei gemischt-versicherten Ehepaaren

Weiterführende Information der KBV zu den Abrechnungsmöglichkeiten bei gemischt-versicherten Ehepaaren im Rahmen der künstlichen Befruchtung finden Sie auf der Homepage der KV Saarland:

unter Praxis >> Abrechnung >> Abrechnungsinformationen >> ...



Ansprechpartner:

Servicecenter

☎ 0681-998370

✉: servicecenter@kvsaarland.de

15. Orthopoxvirus- dauerhafte Aufnahme der GOP 32810 in den EBM ab Januar 2023

Mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 601. Sitzung wurde die Pseudo-Gebührenordnungsposition **88740 für den Nukleinsäurenachweis des Affenpockenvirus befristet** aufgenommen.

Es ist nunmehr ein dauerhaftes und globales Infektionsgeschehen anzunehmen. Mit dem vorliegenden **Beschlussteil A der 620. Sitzungen** nimmt der Bewertungsausschuss den Nukleinsäurenachweis von Orthopoxviren als Gebührenordnungsposition 32810 in den Abschnitt **32.3.12 EBM** auf. Die GOP ist höchstens dreimal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

Erkrankung durch und Erregernachweis von Orthopoxviren sind namentlich meldepflichtig. Die Gebührenordnungsposition 32810 wird deshalb in die Kennnummer 32006 aufgenommen und damit nicht auf das Laborbudget angerechnet.

Ansprechpartner:

Servicecenter

☎ 0681-998370

✉: servicecenter@kvsaarland.de

16. Neue ambulante Therapie bei Knorpelschäden am Knie: M-ACI ab Januar im EBM

Die matrixassoziierte autologe Chondrozytenimplantation wird zum 1. Januar in den EBM aufgenommen. Gesetzlich Versicherten, die unter schweren Knorpelschäden am Knie leiden, steht damit eine neue ambulante Therapieoption zur Verfügung.

Zur Abrechnung der neuen OP-Leistungen werden vier OPS-Kodes in den Anhang 2 des EBM aufgenommen: **Zwei Kodes für die Entnahme** von Knorpelzellen (Kategorie 3) und **zwei Kodes für die Implantation** (Kategorie 5) – jeweils für eine offene chirurgische Operation und für eine arthroskopische Operation.

Die anfallenden Sachkosten sind nicht durch die OP-Leistungen abgedeckt und werden zusätzlich erstattet. Soweit aufgrund besonderer Umstände beide Leistungen bei einem Patienten nicht vollständig durchgeführt werden können (wie etwa Infektion des Patienten) werden die anfallenden Sachkosten ebenfalls nach den Allgemeinen Bestimmungen des EBM (vgl. Nr. 7.3) erstattet.

Mit der M-ACI wird geschädigter Gelenkknorpel im Bereich des Kniegelenks wiederaufgebaut. Dazu wird gesundes Knorpelgewebe aus dem Kniegelenk des Patienten entnommen. Dieser Eingriff muss in einer Einrichtung gemäß Paragraf 20b Absatz 1 des Gesetzes über den Verkehr mit Arzneimitteln und unter Einhaltung der Vorschriften des Transplantationsgesetzes erfolgen. **Nur dann sind die Gebührenordnungspositionen zu den OPS-Kodes 5-801.ah und 5-812.8h für die Entnahme von Knorpelgewebe berechnungsfähig.**

Die Gebührenordnungspositionen zu den OPS-Kodes 5-801.ah (31133/36133), 5-801.kh (31135/36135), 5-812.8h (31143/36143) und 5-812.hh (31145/36145) sind nur bei Patienten mit einem Gelenkknorpeldefekt des Kniegelenks des Schweregrads III oder IV gemäß der Klassifikation der International Cartilage Repair Society gemäß § 2 der Nr. 38 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung berechnungsfähig.

Die Knorpelentnahme und die Implantation der aufbereiteten, matrixassoziierten Knorpelzellen sind ambulant oder belegärztlich durchführbare Operationen. **Nach den Vorgaben des G-BA dürfen sie nur von Fachärztinnen und Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie, für Orthopädie und für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie durchgeführt werden, die eine Genehmigung zum ambulanten Operieren haben. Sie benötigen eine Schulung des Herstellers zur Anwendung des Arzneimittels (Transplantat).**

Weitere Informationen zu diesem Thema und den Beschluss finden Sie auf der Homepage der KBV:

https://www.kbv.de/media/sp/EBM_2023-01-01_BA_620_BeeG_Chondrozytenimplantation_M-ACI.pdf



https://www.kbv.de/html/1150_61611.php



Ansprechpartner:

Servicecenter

☎ 0681-998370

✉: servicecenter@kvsaarland.de

17. EBM-Anpassungen beim Telemonitoring zum 1. Januar 2023

Für das Telemonitoring bei Herzinsuffizienz werden ab Januar mehrere Abrechnungsbestimmungen im EBM geändert. So können Telemedizinische Zentren (TMZ) die Zuschläge für das intensivierte Telemonitoring ab dem kommenden Jahr auch am 24. Dezember und 31. Dezember abrechnen, erstmalig also am 24. und 31. Dezember 2023.

Außerdem werden im EBM Abrechnungsausschlüsse aufgehoben. Dadurch können TMZ, die gleichzeitig für die Patienten auch die Aufgaben des primär behandelnden Arztes (PBA) wahrnehmen, ab Januar 2023 im gleichen Behandlungsfall das Telemonitoring mittels kardialem Aggregat (GOP 13584) neben den Funktionsanalysen, die in der Praxis durchgeführt werden (GOP 04411/13571, 04413/13573 und 04415/13575), berechnen.

Die Berechnung neben dem Telemonitoring im selben Behandlungsfall ist bei Funktionsanalysen eines Defibrillators/Kardioverters (GOP 13573/04413) beziehungsweise eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (GOP 13575/04415) einmal im Krankheitsfall möglich. Für eine Umprogrammierung oder bei nicht vorhersehbarer Inanspruchnahme ist die jeweilige Leistung weitere zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Mit diesen Änderungen werden Konstellationen in der Versorgung berücksichtigt, in denen sowohl manuelle Messungen in Form einer Funktionskontrolle als auch Umprogrammierungen und persönliche Kontrollen des implantierten Aggregats erforderlich sind.

Die Beschlüsse sowie weitere Informationen finden Sie auf der Homepage der KBV:

https://www.kbv.de/html/themen_57030.php



Ansprechpartner:

Servicecenter

☎ 0681-998370

✉: servicecenter@kvsaarland.de

18. Kinder Richtlinie: Überschreitung der Toleranzzeiten ab der U6 vorübergehend möglich

Wir möchten Sie darüber informieren, dass angesichts der aktuellen Infektionswelle die Kinder Untersuchungen U6, U7, U7a, U8 sowie U9 vorübergehend auch bei Überschreitung der Untersuchungszeiträume und Toleranzzeiten durchgeführt und nach den entsprechenden Gebührenordnungspositionen des EBM abgerechnet werden können.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat heute die Aussetzung der Untersuchungszeiträume **ab der U6 befristet bis 31. März 2023 beschlossen**. Dadurch können diese Untersuchungen auch bei Überschreitung der für sie jeweils festgelegten Untersuchungszeiträume und Toleranzzeiten in Anspruch genommen werden, **und zwar bis zum Ablauf von drei Monaten nach dem 31. März 2023**.

Der Beschluss tritt nach Prüfung des BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger **rückwirkend zum 15. Dezember 2022 in Kraft**.

Die befristete erneute Aussetzung der Untersuchungszeiträume soll die Eindämmung des Infektionsgeschehens der oberen Atemwege bei Kindern unterstützen und Praxen zumindest kurzfristig entlasten.

Ansprechpartner:

Servicecenter

☎ 0681-998370

✉: servicecenter@kvsaarland.de

19. Angabe des Überweisers auch bei Überweisung durch Zahnärzte notwendig

Sofern Sie auf Überweisung tätig werden, ist die Angabe des Überweisers zwingend erforderlich. Die Überweiser -BSNR ist in der Feldkennung 4218, die Überweiser LANR in der Feldkennung 4242 anzugeben.

Wird eine Überweisung z.B. von Zahnärzten zur radiologischen oder pathologischen Untersuchung ausgestellt, so muss die auftragnehmende Praxis die Ersatzwerte BSNR: 739999999 und LANR 999999900 in den o.g. Feldkennungen erfassen. Zusätzlich in der Feldkennung 5009 (Freier Begründungstext) den Zusatz „Zahnarzt“ eintragen.

Alternativ besteht auch die Möglichkeit, ausschließlich in der Feldkennung 4219 den Zusatz „Zahnarzt“ anzugeben. Die Angabe einer Pseudo-BSNR ist in diesem Fall nicht notwendig.

Ansprechpartner:

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

20. Videofallkonferenz mit Pflegekräften: Finanzierung der GOP 01442

Videofallkonferenzen mit Pflegekräften, die an der Versorgung des Patienten beteiligt sind, werden **bis zum 31.12.2023 außerhalb der MGV vergütet**. Es wurde sich darauf verständigt, bis zum 30. September 2023 erneut zu prüfen, ob ab 2024 eine Überführung in die MGV vorgenommen werden kann.

Weitere Informationen zu den Beschlüssen finden Sie unter
<https://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>



Ansprechpartner:

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

21. Beschlüsse zur Förderung und Ausweitung des ambulanten Operierens

(620. Sitzung des Bewertungsausschusses Beschluss Teil A- D mit Anlage der neu in den EMB aufzunehmender OPS Codes mit Wirkung zum 01.Januar 2023)

Zur Förderung des ambulanten Operierens haben KBV und GKV-Spitzenverband ein erstes Maßnahmenpaket beschlossen. Es beinhaltet neben einer höheren Vergütung für ausgewählte Operationen auch eine Reihe von stationären Eingriffen, die Vertragsärzte ab Januar ambulant durchführen können. Eine erste Möglichkeit zur verlängerten Nachbeobachtung ist ebenfalls vorgesehen. Außerdem wurde die Kalkulation sämtlicher ambulanter und belegärztlicher Leistungen im EBM überprüft und die Bewertung angepasst. Zusätzlich wurde mit dem Beschluss Teil D die Aufnahme **neu in den Anhang 2 zum EBM aufzunehmende OPS-Kodes beschlossen**.

- **Neue Zuschlagsziffer (31530) für je vollendete 30 Minuten postoperative Nachbeobachtung sowie Aufnahme eines neuen Abschnitts 31.3.3 in das Kapitel 31 EBM (postoperative Nachbeobachtung nach ambulanter Erbringung einer Leistung entsprechend einer GOP des Abschnitts 31.2)**

Die neue GOP 31530 ist eine Zuschlagsziffer zu den GOP 31501 bis 31507 bei sich anschließender Nachbeobachtung.

Nun ist für bestimmte Patienten eine maximal doppelt so lange Nachbeobachtung möglich, zum Beispiel eine Stunde statt 30 Minuten, sechs Stunden statt drei Stunden. **Dazu gibt es extrabudgetäre Zuschläge. Sie sind mit 77 Punkten je halbe Stunde bewertet; ab der fünften halben Stunde mit 68 Punkten.**

Als Berechnungsgrundlage für die Nachbeobachtung gelten folgende Zeiten der bereits bestehenden Überwachungskomplexe in Abschnitt 31.3.2 EBM. (Die Dauer der postoperativen Überwachung richtet sich nach dem Aufwand der Operation. Aktuell sind je nach Kategorie 30 Minuten bis acht Stunden im EBM vorgesehen):

31501: 30 Minuten
31502: 1 Stunde
31503: 2 Stunden
31504: 3 Stunden
31505: 4 Stunden
31506: 6 Stunden
31507: 8 Stunden

Die Verlängerung der postoperativen Überwachung durch eine niedrigschwellige Beobachtung ist **patientenbezogen zunächst nur bei Kindern bis 12 Jahren und Menschen ab 70 mit geriatrischen Versorgungsbedarf und Frailty-Syndrom oder Menschen mit bestimmten Vorerkrankungen wie Demenz oder Parkinson möglich.** Bei den Eingriffen ab der Zeitkategorie 5 – sprich einer eineinhalbstündigen Operationszeit – kann die verlängerte Nachbeobachtung ebenfalls jetzt erfolgen.

Die GOP 31530 ist nicht abrechenbar im Anschluss an die Erbringung folgender Leistungen (31341-31347,31350 und 31351,31362,31364 und 31371 bis 31373).

- **Aufnahme eines Unterabschnitts 31.2.20 (Förderung Ambulantisierung) in den EBM**

Es gibt sieben unterschiedlich hoch bewertete Zuschläge, die zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2 bei Durchführung einer hinter der Leistung genannten OPS-Kodierung anzusetzen sind:

Zuschlag I: GOP 31451 (223 Punkte)
Zuschlag II: GOP 31452 (263 Punkte)
Zuschlag III: GOP 31453 (360 Punkte)
Zuschlag IV: GOP 31454 (810 Punkte)
Zuschlag V: GOP 31455 (961 Punkte)
Zuschlag VI: GOP 31456 (1.323 Punkte)
Zuschlag VII: GOP 31457 (1.923 Punkte)

Die Zuschläge I bis III führen zur einer durchschnittlichen Steigerung um 17,65 Prozent, die Zuschläge IV bis VII zu einer durchschnittlichen Steigerung um 32 Prozent.

Weiter wurde in Teil D des o.g. Beschlusses die Aufnahme einer neuen zweiten Bestimmung in den Abschnitten 31.2.6 und 36.2.6 EBM beschlossen:

Proktologische Eingriffe entsprechend des OPS Kodes 5-490.1 sind nur bei Vorliegen eines peri-proktischen Abszesses (ICD-10-GM K61.-) berechnungsfähig.

Weitere Informationen sowie die Beschlüsse finden Sie unter:

https://www.kbv.de/html/1150_61495.php

https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2022-12-14_ba620_8.pdf

https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2022-12-14_ba620_ops.pdf



Ansprechpartner:

Servicecenter

☎ 0681-998370

✉: servicecenter@kvsaarland.de

22. Weiterentwicklung Vertrag nach § 115b SGB V - ambulantes Operieren im Krankenhaus

Zum Hintergrund: Der Gesetzgeber hatte die KBV, die DKG und den GKV-Spitzenverband im Jahr 2019 beauftragt, das ambulante Operieren nach Paragraph 115b SGB V weiterzuentwickeln und höhere Anreize zu setzen, dass mehr Operationen am Krankenhaus ambulant erfolgen. Dazu soll unter anderem der AOP-Katalog erweitert werden.

In einem ersten Schritt wurde das IGES-Institut beauftragt, stationäre Leistungen zu identifizieren, die ambulant erbracht werden könnten. Die Gutachter kamen im Frühjahr dieses Jahres zu dem Schluss, dass von den rund 35.000 analysierten OPS-Kodes fast 2.500 OPS-Kodes in den AOP-Katalog hinzugefügt werden könnten. Zusätzlich empfahlen sie, ein Verfahren zu entwickeln, mit denen Krankenhäuser begründen können, warum ein Patient doch stationär behandelt werden muss.

In der ersten Stufe der Weiterentwicklung des ambulanten Operierens nach Paragraph 115b SGB V wurden 208 Operationen und Eingriffe in den Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationärsersetzender Eingriffe und stationärsersetzender Behandlungen – kurz AOP-Katalog – aufgenommen. **Der Katalog enthält alle Operationen und sonstigen Eingriffe, die die Krankenhäuser ambulant vornehmen und nach EBM abrechnen können.**

Differenzierung nach Schweregraden: Neuer Zuschlag für Reoperationen ab 2023

Bei der Differenzierung der Eingriffe nach Schweregraden konnten sich die Verhandlungspartner auf eine erste Maßnahme verständigen. Sie betrifft Rezidiv- beziehungsweise Reoperationen zur „Wiedereröffnung eines Operationsgebietes zur Behandlung einer Komplikation, Durchführung einer Rezidivtherapie oder der Durchführung einer anderen Operation in diesem Operationsgebiet“. Vertrags- und Klinikärzte können ab Januar alle Eingriffe, die im Abschnitt 1 des AOP-Katalogs (basierend auf dem Anhang 2 EBM) hinterlegt sind, als Reoperation kennzeichnen, soweit sie nicht bereits im EBM über eigenständige OPS-Schlüssel abgebildet und spezifisch bewertet sind. **Für den zusätzlichen Zeitaufwand können sie wie jetzt schon für Simultaneingriffe einen Zuschlag zu je 15 Minuten abrechnen: bei kleineren Eingriffen bis zu zweimal, bei größeren bis zu viermal. Für die Abrechnung des Zuschlags geben Ärzte den OPS-Zusatzcode 5-983 Reoperation an.**

Weitere Änderung

Eine weitere Änderung im AOP-Vertrag betrifft die Begründungspflicht für Krankenhäuser, wenn sie Leistungen des AOP-Vertrages stationär erbringen. Künftig müssen sie nach einer neuen Systematik anhand von ICD-10 und/oder OPS-Kodes dokumentieren, warum ein Patient stationär behandelt wird, obwohl der Eingriff prinzipiell ambulant möglich ist. Dazu wurden sogenannte Kontextfaktoren entwickelt – eine Liste mit Indikationen und anderen Kriterien, die die bislang bestehenden GAEP-Kriterien ablösen, um eine stationäre Behandlung zu begründen.

Weitere Informationen (Vertrag inklusive Anlagen 1 und 2) finden Sie auf der Homepage der KBV unter folgendem Link:

<https://www.kbv.de/html/2755.php>



Ansprechpartner:

Servicecenter

☎ 0681-998370

✉: servicecenter@kvsaarland.de

23. Zweitmeinungsverfahren: Entfernung der Gallenblase

Das Zweitmeinungsverfahren „Eingriffe zur Cholezystektomie“ tritt am **01. Januar 2023** in Kraft. Der Gemeinsame Bundesausschuss hatte das Verfahren am 20. Oktober 2022 beschlossen und in die Zweitmeinungsrichtlinie aufgenommen.

Die Abrechnung der Leistung für die neue Zweitmeinungsindikation ist für Ärztinnen und Ärzte erst nach einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) möglich.

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

Fachärztinnen und Fachärzte folgender Fachrichtungen sind nach Genehmigung der KV berechtigt:

- Innere Medizin und Gastroenterologie,
- Allgemeinchirurgie,
- Vizeralchirurgie,
- Kinder- und Jugendchirurgie oder
- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugendgastroenterologie.

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.

Kennzeichnung:

Ärzte müssen ihre Leistungen bei der Abrechnung nach bundeseinheitlichen Vorgaben eingriffsspezifisch kennzeichnen. Für die Aufklärung und Beratung im Zusammenhang mit dem Zweitmeinungsverfahren durch den „**Erstmeiner**“ ist die neue bundeseinheitliche **GOP 01645 I** 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 88200I** zu erfolgen.

Die Vergütung für Leistungen des jeweils neu in die Zm-RL aufgenommenen Verfahren ist zunächst extrabudgetär. Die Überführung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung erfolgt jeweils zu Beginn des zwölften Quartals, das auf das Inkrafttreten des entsprechenden Beschlusses zum Verfahren folgt.

Ansprechpartner:

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 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.