

Abrechnung

Rundschreiben der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland

Anlage zu Ausgabe 6/2025

Inhalt

1. Online-Abrechnung und digitale Sammelerklärung ab Quartal 1-2025 über neues Serviceportal KV Saarland MedHub möglich	2
2. Fluoreszenzangiographie: Bewertungsanpassung und neue Kostenpauschale ab 1. Oktober 2025	3
3. Ambulantes Operieren: Bewertungsausschuss beschließt EBM-Detailänderungen	4
4. FeNO-Messung: Bewertungsausschuss beschließt Klarstellung zur Abrechnung ab dem 1. Oktober	4
5. Anpassungen des EBM für die DiGA „ProHerz“ ab dem 01. Oktober 2025	5
6. Fraktursonographie bei Kindern ab Oktober neue Leistung im EBM	7
7. Hybrid-DRG	8
8. Künftig mehr psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten bei Suchterkrankungen	9
9. PET/CT bei aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen: EBM wird zum 1. Oktober 2025 angepasst	10
10. Vereinbarung zur Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte aktualisiert	11
11. Nachweis einer Hepatitis B- oder C-Virusinfektion in der Gesundheitsuntersuchung	12
12. Videosprechstunde: Zuschlag für Authentifizierung bis 31. Dezember 2026 verlängert	13
13. Vorhaltepauschale für Hausärzte neu geregelt	14
14. Angepasster COVID-19-Impfstoff Comirnaty	17
15. Zweitmeinung bei Eingriffen zur Karotis-Revaskularisation	18
16. Vorgehensweise bei geplanten Behandlungen von im Ausland versicherten Patienten	19
17. Informationen zum Merkblatt Abrechnungsmodalitäten Sonstige Kostenträger	20
Merkblatt Abrechnungsmodalitäten Sonstige Kostenträger	22

1. Online-Abrechnung und digitale Sammelerklärung ab Quartal 1-2025 über neues Serviceportal KV Saarland MedHub möglich

Ab dem Quartal 1-2025 steht Ihnen das neue Serviceportal KV Saarland MedHub zur Verfügung. Dieses ermöglicht die Übermittlung der Online-Abrechnung und der digitalen Sammelerklärung (SE).

Unser IT Servicedesk hat Sie bereits in einem gesonderten Anschreiben mithilfe einer Anleitung über das Abrechnungsportal MedHub informiert.

Kurz zum Ablauf der Abrechnungsabgabe:

Nach Upload Ihrer Quartalsabrechnung und der anschließenden Markierung als endgültig, erscheint Ihnen im nächsten Schritt ein Fenster zum Einreichen der Sammelerklärung. Diese ist komplett digital ausfüllbar. Mit ihrem Login im Serviceportal KV Saarland MedHub haben sie sich bereits authentifiziert. Demnach müssen Sie abschließend die digital ausgefüllte Sammelerklärung über eine Zwei-Klick-Bestätigung freigeben. Die Sammelerklärung wird danach an die KV Saarland gesendet.

Bitte beachten Sie, dass an die Übermittlung Ihrer endgültigen Quartalsabrechnung die Versendung der digitalen Sammelerklärung geknüpft ist. Somit gilt Ihre Quartalsabrechnung nur nach Versenden der digitalen Sammelerklärung als endgültig markiert.

Sollte eine Übertragung ab dem Quartal 1-2025 für Sie noch nicht möglich sein, so können Sie das gewohnte Abrechnungsportal (<https://portal.kvsl.kv-safenet.de/>) parallel zu unserem neuen Serviceportal KV Saarland MedHub noch bis zum **20.10.2025** nutzen. In diesem Fall erfolgt die Sammelerklärung wie gehabt in Papierform.

WICHTIG!

Ab dem Quartal 4-2025 ist die Übertragung der abrechnungsrelevanten Daten ausschließlich nur noch über das Serviceportal KV Saarland MedHub möglich.

Eine Versendung der **Sammelerklärung in Papierform** ist ab dem **Quartal 4-2025** ebenfalls **nicht mehr zulässig**.

NEU:

Ab dem Quartal 1-2025 ist neben der Abrechnungsverarbeitung und Freigabe über KIM (Kommunikation im Medizinwesen) eingereichte Abrechnungen ebenfalls ein manueller Upload über das KV Serviceportal MedHub möglich. Die Praxis kann selbstständig all ihre Dateien hochladen. Sodass das Einreichen von bspw. USB-Sticks bei der KV Saarland entfallen kann. Nach erfolgtem Upload werden Sie automatisch zur digitalen Sammelerklärung weitergeleitet. Der Ablauf ist identisch, wie im vierten Absatz („Kurz zum Ablauf der Abrechnungsabgabe“) beschrieben.

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter

<https://www.kvsaarland.de/kb/serviceportal-medhub>



2. Fluoreszenzangiographie: Bewertungsanpassung und neue Kostenpauschale ab 1. Oktober 2025

Der Bewertungsausschuss (BA) passt zum 1. Oktober zwei Gebührenordnungspositionen (GOP) im Zusammenhang mit der Fluoreszenzangiographie im EBM-Abschnitt 6.3 (Diagnostische und therapeutische GOP) an. Zusätzlich wird eine neue Kostenpauschale in den Abschnitt 40.11 (Leistungsbezogene Kostenpauschalen für ophthalmologische Eingriffe und Untersuchungen und gynäkologische Eingriffe) aufgenommen (807. Sitzung, schriftliche Beschlussfassung).

Bei der Fluoreszenzangiographie werden die fluoreszierenden Teststoffe Fluorescein-Natrium oder Indozyaningrün intravenös injiziert, um die Blutgefäße des Augenhintergrundes sichtbar zu machen.

Im EBM wird die fluoreszenzangiographische Untersuchung am Augenhintergrund durch die GOP 06331 vergütet. Darüber hinaus ist sie auch im obligaten Leistungsinhalt der GOP 06332 enthalten, da auch bei einer Photodynamischen Therapie mit Verteporfin eine Fluoreszenzangiographie notwendig ist. In den GOP 06331 und 06332 sind die Kosten für beide Teststoffe bisher enthalten, wobei die Anwendung des Teststoffs Indozyaningrün im Vergleich zu Fluorescein-Natrium wesentlich kostenintensiver ist. Auch kommt Indozyaningrün nur in ganz speziellen Fällen und somit wesentlich seltener zur Anwendung.

Neue Kostenpauschale 40682

Vor diesem Hintergrund haben sich GKV-Spitzenverband und KBV im BA darauf verständigt, eine neue Kostenpauschale 40682 für den Teststoff Indozyaningrün in den EBM aufzunehmen. Die Abrechnung setzt eine medizinische Begründung der Notwendigkeit der Verwendung von Indozyaningrün voraus.

Darüber hinaus ist die Kostenpauschale 40682 je Praxis nur bis zu einer Anzahl in Höhe von 5 Prozent der Gesamtanzahl der abgerechneten GOP 06331 und 06332 berechnungsfähig. Zudem erfolgt eine Bewertungsanpassung der GOP 06331 und 06332 aufgrund der gestiegenen Preise für den Teststoff Fluorescein-Natrium.

Ab 1. Oktober 2025 im EBM:

- Neue Kostenpauschale 40682 (Kostenpauschale für den Teststoff Indozyaningrün)
Bewertung: 72,31 Euro

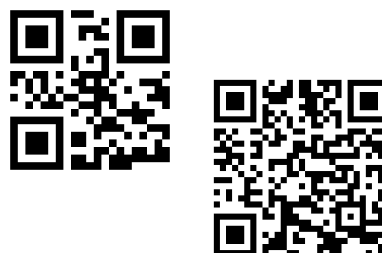
Die Vergütung dieser Kostenpauschale erfolgt zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen.

- Höhere Bewertung der GOP 06331 (Fluoreszenzangiographie)
Bewertung ab 1. Oktober 2025: 504 Punkte
Bewertung bisher: 439 Punkte
- Höhere Bewertung der GOP 06332 (Photodynamische Therapie)
Bewertung ab 1. Oktober 2025: 2.296 Punkte
Bewertung bisher: 2.231 Punkte

Weitere Informationen finden Sie im Beschluss und auf der Homepage der KBV:

www.kbv.de/984706

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



3. Ambulantes Operieren: Bewertungsausschuss beschließt EBM-Detailänderungen

Der Bewertungsausschuss (BA) hat mehrere Detailänderungen im Zusammenhang mit dem ambulanten Operieren beschlossen (793. Sitzung, schriftliche Beschlussfassung). Sie betreffen die EBM-Abschnitte 2.3, 5.3 und 10.3 und gelten ab dem 1. Oktober 2025.

Details der Anpassungen

Hintergrund für die Anpassungen ist die regelmäßige Aktualisierung des AOP-Vertrags nach Paragraph 115b Absatz 1 SGB V. Daher hat der BA nicht mehr gültige Verweise auf die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß AOP-Vertrag in der ersten Bestimmung zum EBM-Abschnitt 2.3 sowie in der ersten Anmerkung zu den Gebührenordnungspositionen (GOP) 10343 ((Teil-)Exzision am Körperstamm bzw. Extremitäten) und 10344 ((Teil-)Exzision im Kopf-/Gesichtsbereich bzw. Hand) im EBM-Abschnitt 10.3 umformuliert und entsprechend anderer EBM-Fachkapitel vereinheitlicht.

Mit Aufnahme der GOP 05341 (Analgesie) in den Abschnitt 2 des AOP-Katalogs ist die in der ersten Anmerkung der GOP 05341 des EBM-Abschnitts 5.3 enthaltende Sonderregelung nicht mehr erforderlich und wurde somit gestrichen.

Weitere Informationen finden Sie im Beschluss und auf der Homepage der KBV:

www.kbv.de/984706

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



4. FeNO-Messung: Bewertungsausschuss beschließt Klarstellung zur Abrechnung ab dem 1. Oktober

Der Bewertungsausschuss hat eine Anpassung der ersten Anmerkung der Gebührenordnungspositionen für die Messung des fraktionierten exhalierten Stickstoffmonoxids (FeNO) beschlossen.

Die Anpassung betrifft die Gebührenordnungsposition 04538 im Abschnitt 4.5.2 (Pädiatrisch-pneumologische Gebührenordnungspositionen) und die Gebührenordnungsposition 13678 im Abschnitt 13.3.7 (Pneumologische Gebührenordnungspositionen) zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab und gilt ab dem 1. Oktober 2025 (801. Sitzung, schriftliche Beschlussfassung).

Mit Beschluss des Bewertungsausschusses (BA) in der 476. Sitzung wurden für die FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Dupilumab zum 1. April 2020 die Gebührenordnungspositionen (GOP) 04538 in den Abschnitt 4.5.2 und die GOP 13678 in den Abschnitt 13.3.7 des EBM aufgenommen.

Hintergrund dieser Anpassungen sind wiederholte Anfragen zur Berechnungsfähigkeit der FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Dupilumab (GOP 04538 und GOP 13678).

Daher hat der BA zur Klarstellung der Berechnungsfähigkeit der beiden Leistungen die erste Anmerkung der GOP 04538 und 13678 angepasst.

Die FeNO-Messung kann zur Indikationsstellung einer Therapie mit Dupilumab durchgeführt und abgerechnet werden. Eine FeNO-Messung zur Überprüfung bei bereits gestellter Indikation zur Dupilumab-Therapie oder zur Verlaufskontrolle während einer laufenden Therapie mit Dupilumab ist hingegen nicht mit der GOP 04538 oder 13678 berechnungsfähig.

Dupilumab wird als Add-on-Erhaltungstherapie bei schwerem Asthma mit Typ-2-Inflammation nicht nur bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren, sondern auch bei Kindern ab 6 Jahren angewendet. Die Anwendung erfolgt, wenn die Erkrankung bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren trotz hochdosierter inhalativer Kortikosteroide und einem weiteren zur Erhaltungstherapie gegebenen Arzneimittel unzureichend kontrolliert ist. Bei Kindern ab 6 Jahren erfolgt die Anwendung, wenn das schwere Asthma mit Typ-2-Inflammation trotz mittel- bis hochdosierter inhalativer Corticosteroide (ICS) plus einem weiteren zur Erhaltungstherapie angewendeten Arzneimittel unzureichend kontrolliert ist.

Weitere Informationen finden Sie im Beschluss und auf der Homepage der KBV:

www.kbv.de/984706

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



5. Anpassungen des EBM für die DiGA „ProHerz“ ab dem 01. Oktober 2025

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben im Bewertungsausschuss (BA) beziehungsweise als Partner des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) die notwendigen Entscheidungen zu den digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) „ProHerz“, „Orthopy bei Knieverletzungen“ und „attaxis“ getroffen.

Zur Vergütung der notwendigen Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA „ProHerz“ wird die Gebührenordnungsposition (GOP) 01481 in den Abschnitt 1.4 des EBM aufgenommen. Die DiGA richtet sich an Patienten ab dem vollendetem 18. Lebensjahr mit Herzinsuffizienz.

Zur Berechnung der GOP 01481 sind Fachärztinnen und Fachärzte berechtigt, die eine Indikationsstellung zur Überwachung eines Patienten im Rahmen des Telemonitorings bei Herzinsuffizienz berechnen können (GOP 03325, 04325 oder 13578). Damit wird gewährleistet, dass im Falle einer Veränderung des Gesundheitszustandes der behandelnde Arzt einen Wechsel in das Telemonitoring als Anschlussbehandlung vornehmen kann. Die gleichzeitige Behandlung eines Patienten mit der DiGA „ProHerz“ und im Rahmen des Telemonitorings bei Herzinsuffizienz ist im selben Quartal ausgeschlossen.

Des Weiteren dürfen Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin die Verlaufskontrolle im Zusammenhang mit der DiGA „ProHerz“ berechnen, da diese Fachgruppe auch Heranwachsende behandeln kann (gemäß Nr. 4.3.5 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM).

Infolge der dauerhaften Aufnahme im DiGA-Verzeichnis wurde „ProHerz“ in der Liste der DiGA, für die die Leistung 86700 berechnungsfähig ist, gestrichen (Anlage 34 zum BMV-Ä). Zudem wurde die DiGA „Orthopy bei Knieverletzungen“ gestrichen, da sie nach Ende des Erprobungszeitraums Anfang September nicht mehr im DiGA-Verzeichnis aufgeführt wird. Mit diesen Änderungen ist aktuell nur die DiGA „companion shoulder“ Bestandteil der Anlage 34. Aus diesem Grund wurde auch die Liste der Fachgruppen, die die Leistung 86700 berechnen können, entsprechend angepasst.

Entscheidung zur DiGA „attaxis“

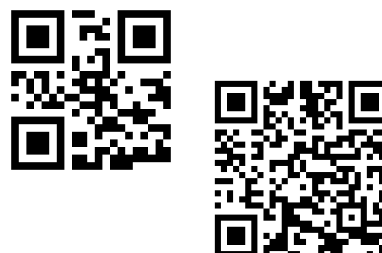
Im August 2025 wurde die DiGA „attaxis“ zur digitalen Therapie bei ADHS im Erwachsenenalter dauerhaft im DiGA-Verzeichnis aufgenommen. Da das BfArM keine erforderlichen ärztlichen Tätigkeiten für diese DiGA bestimmt hat, wurde in den Gremien des BA auch keine gesonderte Leistung in den EBM aufgenommen.

Somit erfolgt die Versorgung mit „attaxis“ als Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung. Die ärztlichen Tätigkeiten, die in diesem Zusammenhang ausgeführt werden, sind Bestandteil der berechnungsfähigen GOP des EBM. Es besteht kein Anspruch auf Kostenersatzung (gemäß § 87 Abs. 5c Satz 4 SGB V).

Weitere Informationen finden Sie im Beschluss und auf der Homepage der KBV:

www.kbv.de/984706

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



6. Fraktursonographie bei Kindern ab Oktober neue Leistung im EBM

Die Fraktursonographie bei Kindern mit Verdacht auf Fraktur eines langen Röhrenknochens der oberen Extremitäten wird neu in den EBM aufgenommen.

Zum 1. Oktober 2025 wird die Gebührenordnungsposition (GOP) 33053 „Fraktursonographie bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr mit Verdacht auf Fraktur eines langen Röhrenknochens der oberen Extremitäten gemäß Nr. 43 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses“ in das Kapitel 33 (Ultraschalldiagnostik) des EBM aufgenommen.

Die neue GOP ist mit 103 Punkten (12,77 Euro) bewertet und kann einmal im Behandlungsfall berechnet werden. Die Finanzierung der neuen GOP erfolgt zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen. Die neue GOP kann von Fachärzten für Allgemeinmedizin, Innere und Allgemeinmedizin, Radiologie, Kinder- und Jugendmedizin, Orthopädie sowie Fachärzten im Gebiet Chirurgie abgerechnet werden.

Übergangsmöglichkeit bis zur Anpassung der QS-Vereinbarung

Ärzte benötigen für die Berechnung der Fraktursonographie eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) gemäß der Vereinbarung zur Ultraschalldiagnostik (QS-Vereinbarung) nach Paragraf 135 Absatz 2 SGB V. Dafür ist die QS-Vereinbarung noch anzupassen. Bis zum Inkrafttreten der angepassten QS-Vereinbarung können Ärzte die GOP 33053 bereits abrechnen.

Solange die QS-Vereinbarung zur Ultraschalldiagnostik hinsichtlich der Fraktursonographie nicht angepasst ist, kann die KV eine Genehmigung für die Fraktursonographie unter Bezugnahme auf die Vorgaben in der MVV-Richtlinie erteilen. Da die MVV-Richtlinie keine spezifischen apparativen Vorgaben zur Fraktursonographie enthält, können apparative Anforderungen weder vom Arzt bei der Durchführung der Leistung beachtet werden, noch Bestandteil der Genehmigung sein. Sofern Genehmigungsbescheide erteilt werden, sollte deutlich gemacht werden, dass die Übergangs-Genehmigungen bis zum Inkrafttreten der QS-Vereinbarung befristet sind und hierdurch kein Vertrauensschutz für die Zukunft begründet wird. Über die Anpassung der QS-Vereinbarung zur Ultraschalldiagnostik werden wir Sie informieren.

Anforderungen zur Qualitätssicherung

Fortbildung

Ärztinnen und Ärzte müssen über nachgewiesene Kenntnisse und Erfahrungen in der Durchführung und Befundung der Sonografie von Frakturen der langen Röhrenknochen der oberen Extremitäten verfügen. Die fachliche Qualifikation kann auch durch die Teilnahme an einer strukturierten Fortbildung über mindestens sechs Stunden erfolgen.

Die konkreten Anforderungen werden in der Qualitätssicherungsvereinbarung Ultraschall-diagnostik festgelegt.

Weitere Informationen finden Sie im Beschluss und auf der Homepage der KBV:

www.kbv.de/infothek/rechtsquellen/beschluesse

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



7. Hybrid-DRG

Alternativer Abrechnungsweg bei fehlender Umsetzung des Hybrid-DRG-Abrechnungsdatensatzes in Ihrem Praxisverwaltungssystem ab sofort nutzbar!

Seit dem 01.01.2025 erfolgt die Abrechnung der Leistungen aus der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG) im Regelverfahren nach den Vorgaben der Hybrid-DRG-Abrechnungsvereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

Ab sofort können auch Praxen, deren Praxisverwaltungssystem den Hybrid-DRG-Abrechnungsdatensatz noch nicht erzeugen kann, ihre Abrechnung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland einreichen.

Die Abrechnung kann über eine manuelle Datenerfassung im KVS-Serviceportal „MedHub“ erfolgen. Eine Schritt-für-Schritt-Anleitung zur Abrechnung finden Sie im Merkblatt auf unserer Themenseite unter:

<https://www.kvsaarland.de/kb/hybrid-drg>.



Wichtig: Bitte beachten Sie, dass die Kassenärztliche Vereinigung Saarland vor der erstmaligen Abrechnung mit dieser beauftragt werden muss. Eine Abrechnungsbeauftragung muss für den jeweils abrechnenden, an der Operation tätigen Vertragsarzt vorliegen.

Erweiterter Leistungskatalog ab 2026:

Der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss hatte eine Auswahl an Leistungen beschlossen, die ab 2026 mit einer Hybrid-DRG vergütet werden sollen. Neu sind unter anderem mehrere kardiologische Eingriffe und perkutan-transluminale Gefäßinterventionen.

Nächste Schritte

Diese Leistungen müssen nun in einer Hybrid-DRG abgebildet werden. Dies sowie die Kalkulation der Vergütung erfolgt durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das Institut des Bewertungsausschusses.

Der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss will die Hybrid-DRG einschließlich der Vergütung noch im Herbst beschließen. Damit steht dann abschließend fest, für welche Eingriffe es im kommenden Jahr eine Hybrid-DRG gibt.

8. Künftig mehr psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten bei Suchterkrankungen

Der G-BA hat klargestellt, dass ambulante Psychotherapie künftig bei Suchterkrankungen mit sämtlichen psychotropen Substanzen (legal und illegal) zulasten der gesetzlichen Krankenkassen durchgeführt werden darf.

Neben Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen zählen hierzu auch Cannabis, neue psychoaktive Substanzen oder psychotrope pflanzliche Stoffe.

Zudem regelt der Beschluss explizit, dass bei Suchterkrankungen mit Nikotin, Tabak oder Koffein **weiterhin kein** Versorgungsanspruch mit ambulanter Psychotherapie besteht. Der Anspruch bezog sich bislang nur auf Suchterkrankungen mit Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen.

Anpassungen auch bezüglich Abstinenz der Patienten und somatische Behandlung

Die Regelungen zur Abstinenz hat der G-BA mit dem Beschluss erweitert. Konkret bedeutet dies, dass künftig im Rahmen der Kurzzeittherapie (bis zur 24. Behandlungsstunde) ambulante Psychotherapie bei noch nicht abstinenten Suchterkrankten durchgeführt werden darf. Eine Weiterbehandlung nach der 24. Behandlungsstunde ist nur bei Abstinenz zulässig. Die Abstinenz soll frühzeitig innerhalb der ersten 12 Behandlungsstunden (Kurzzeittherapie 1) erreicht werden.

Weitere 12 Behandlungsstunden (Kurzzeittherapie 2), können dann durchgeführt werden, wenn mit der Patientin oder dem Patienten das Erreichen von Abstinenz als vorrangiges Therapieziel abgestimmt und hierzu ein konkretes Vorgehen vereinbart ist.

Danach ist eine Weiterbehandlung nur möglich, wenn die Patientin oder der Patient völlig auf die Einnahme von psychotropen Substanzen verzichtet. Diese Abstinenz ist durch eine ärztliche Bescheinigung im Gutachterverfahren nachzuweisen. Die Anpassungen der Regelungen zur Abstinenz erfolgten unter Einbeziehung der einschlägigen S3-Leitlinien.

Bislang stand in der Psychotherapie-Richtlinie, dass die suchterkrankte Person zu Behandlungsbeginn abstinent sein muss. Abweichend davon durfte mit der Psychotherapie zwar auch bisher schon bei nicht abstinenten Personen begonnen werden. Eine Weiterbehandlung ab der 10. Behandlungsstunde war aber auch bisher nur bei Abstinenz zulässig.

Als weitere Besonderheit ist in der Psychotherapie-Richtlinie festgelegt, dass gleichzeitig oder vor der Psychotherapie eine somatische ärztliche Behandlung der Suchterkrankung erfolgen muss. Diese Regelung bleibt im Ergebnis der Beratungen des G-BA unverändert.

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage der KBV:

<https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2025/08-21/g-ba-kuenftig-mehr-psychotherapeutische-behandlungsmoeglichkeiten-bei-suchterkrankungen>



9. PET/CT bei aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen: EBM wird zum 1. Oktober 2025 angepasst

Die Positronenemissionstomographie/Computertomographie (PET/CT) kann ab 1. Oktober für sämtliche Staging-Untersuchungen bei aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen und bei Verdacht auf Transformation eines follikulären Lymphoms in ein aggressives Non-Hodgkin-Lymphom zweimal statt wie bisher einmal im Behandlungsfall berechnet werden. Nach dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Erweiterung der Nr. 14 „Positronenemissionstomographie (PET)“ in der Anlage I (Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden) der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) hat der Bewertungsausschuss (BA) den EBM entsprechend angepasst.

Die Erweiterung des Leistungsumfangs bezieht sich auf Untersuchungen mittels PET und auf PET-Untersuchungen in Kombination mit CT.

Mit dem vorliegenden Beschluss hat der BA den EBM angepasst, sodass PET/CT-Untersuchungen bei aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen entsprechend der MVV-RL für sämtliche Staging-Untersuchungen ab 1. Oktober nach den **GOP 34704 bis 34707** und damit **zweimal im Behandlungsfall berechnungsfähig** sind. Bisher waren die PET/CT-Untersuchungen für diese Indikationen nur für das Initial-Staging einmal im Behandlungsfall mit den GOP 34700 bis 34703 berechnungsfähig.

Zudem können PET/CT-Untersuchungen künftig auch bei Verdacht auf Transformation aus einem follikulären Lymphom durchgeführt werden, wenn unklare Ergebnisse der bildgebenden Standarddiagnostik hinsichtlich der bevorzugt zu biopsierenden Läsion vorliegen. In der Routine-Nachsorge von Patienten ohne begründeten Verdacht auf ein Rezidiv besteht weiterhin kein Anspruch auf eine Untersuchung mittels PET/CT.

Die entstehenden Sachkosten bei Verwendung des Radionuklids F-18-Fluorodesoxyglukose sind unverändert über die Kostenpauschale 40584 im Abschnitt 40.10 (Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Radionuklide) des EBM berechnungsfähig.

Die Empfehlung des BA zur zunächst extrabudgetären Finanzierung der Leistungen gilt entsprechend.

Sobald die Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT entsprechend angepasst wurde, werden wir Sie informieren.

Weitere Informationen finden Sie im Beschluss und auf der Homepage der KBV:

www.kbv.de/984706

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



10. Vereinbarung zur Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte aktualisiert

Die Vereinbarung zwischen KBV, GKV-Spitzenverband, Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung und Deutscher Krankenhausgesellschaft zur sektorenübergreifenden Erstbefüllung einer elektronischen Patientenakte (ePA) ist aktualisiert worden.

Eine ePA-Erstbefüllung ist die erstmalige Übermittlung medizinischer Daten aus dem aktuellen Behandlungskontext in eine ePA durch einen Vertragsarzt oder -psychotherapeuten, einen Zahnarzt oder ein Krankenhaus, wenn zum Zeitpunkt der Übermittlung noch keine medizinischen Daten durch einen dieser Akteure eingestellt worden ist. Die Erstbefüllung darf sektorenübergreifend je Patient nur einmal durchgeführt und abgerechnet werden (gemäß § 346 Absatz 5 SGB V). Hierzu ist laut Gesetz eine entsprechende Vereinbarung zwischen KBV, GKV-Spitzenverband, Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung und Deutscher Krankenhausgesellschaft mit Wirkung zum 1. Januar 2021 festgelegt worden.

Die neue Vereinbarung tritt **rückwirkend zum 15. Januar 2025** in Kraft und ersetzt die vorherige.

Die Aktualisierungen beziehen sich im Wesentlichen auf die gesetzlichen Regelungen bezüglich der ePA, die sich seit dem 15. Januar 2025 mit der Einführung des Opt-Out-Prinzips geändert haben.

Neu ist zudem eine Klarstellung in die ePA-Erstbefüllungsvereinbarung aufgenommen worden, dass die **Übertragung von Verordnungs- und Dispensierdaten aus verordneten und abgegebenen eRezepten in die elektronische Medikationsliste der ePA keine ePA-Erstbefüllung darstellt**. Anlass waren im Versorgungssystem kursierende Falschinformationen.

Wie nutzen Psychotherapeuten die ePA?

Psychotherapeuten sind ebenso wie Ärzte gesetzlich verpflichtet, Befundberichte und weitere Dokumente in die elektronische Patientenakte (ePA) einzustellen. Diese Dokumente sollen in erster Linie weiter- oder mitbehandelnde Ärzte und Psychotherapeuten in ihrer Behandlung unterstützen. In der Psychotherapie kann dies das Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde (PTV 11) sein, das als Befundbericht in der ePA hinterlegt wird, sofern der Patient nicht widerspricht.

Patientinnen und Patienten haben außerdem Anspruch darauf, dass ihr Psychotherapeut oder ihre Psychotherapeutin weitere Unterlagen aus der aktuellen Behandlung in der ePA ablegt, wenn sie dies wünschen. Das kann zum Beispiel eine Kopie der Behandlungsdokumentation sein. Handschriftliche Gesprächsaufzeichnungen zur Unterstützung der Sitzung, die nicht Teil der Behandlungsdokumentation sind, müssen nicht eingestellt werden.

Voraussetzung für Befüllungspflicht

Es gibt drei Voraussetzungen für die Befüllungspflicht bei der ePA: Der Psychotherapeut oder die Psychotherapeutin hat die Daten in der aktuellen Behandlung selbst erhoben, die Daten liegen elektronisch vor und der Patient widerspricht nicht gegen das Einstellen der Dokumente.

Folgende Leistungen können Praxen für die ePA abrechnen:

Erstbefüllung: GOP 01648 (89 Punkte / 11,03 Euro)

- Nur berechnungsfähig, wenn noch kein Arzt, Psychotherapeut, Zahnarzt oder Krankenhaus ein Dokument aus dem aktuellen Behandlungskontext eingestellt hat; Inhalte der elektronischen Medikationsliste zählen nicht dazu
- Sektorenübergreifend einmalig je Patientin / Patient berechnungsfähig

Weitere Befüllung: GOP 01647 (15 Punkte / 1,86 Euro)

- Zuschlag zur Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale, zu den GOP 01320 und 01321 (Ermächtigte), zur GOP 30700 (Schmerztherapie) sowie zu den Leistungen des Abschnitts 1.7 (ausgenommen in-vitro-diagnostische Leistungen)
- einmal im Quartal berechnungsfähig

Weitere Befüllung ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (auch nicht per Video): GOP 01431 (3 Punkte / 37 Cent)

- Zuschlag zu den GOP 01430 (Verwaltungskomplex), 01435 (haus- und fachärztliche Bereitschaftspauschale) oder 01820 (z. B. Rezepte und Überweisungen)
- bis zu viermal im Arztfall berechnungsfähig, jedoch nicht mehrmals am Behandlungstag und nur, wenn keine Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale oder andere Leistungen abgerechnet werden

Die Vergütung erfolgt extrabudgetär.

Weitere Informationen finden Sie im Beschluss und auf der Homepage der KBV:

<https://www.kbv.de/infothek/rechtsquellen/weitere-rechtsquellen>

<https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2025/09-04/alles-nur-eine-frage-wie-ist-die-erstbefuellung-der-epa-verguetet>

<https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2025/08-14/alles-nur-eine-frage-wie-nutzen-psychotherapeuten-die-epa>



11. Nachweis einer Hepatitis B- oder C-Virusinfektion in der Gesundheitsuntersuchung

Die Gebührenordnungsposition für den Nachweis einer Hepatitis-B- und/oder Hepatitis-C-Virusinfektion im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung bleibt weiterhin als präventive Leistung im EBM. Der Bewertungsausschuss hat eine Verlängerung bis Ende 2028 beschlossen.

Bei Patienten ab 35 Jahren kann die Gebührenordnungsposition (GOP) 01865 für die präventive Untersuchung auf Hepatitis-B und/oder Hepatitis-C einmalig abgerechnet werden. Die Leistung ist vor dreieinhalb Jahren in den EBM aufgenommen worden. Der Bewertungsausschuss hatte damals festgelegt, dass dies befristet bis Ende 2025 erfolgt.

Ausschlaggebend für die Befristung war die Annahme, dass der überwiegende Anteil der Anspruchsberechtigten die Untersuchung in den ersten Jahren nach ihrer Einführung erhalten wird. Dies hat sich bisher nicht bestätigt. Daher hat der Bewertungsausschuss jetzt beschlossen, die GOP nicht zu streichen, sondern die Berechnungsfähigkeit um drei Jahre zu verlängern. Er will bis Ende September 2028 prüfen, ob eine weitere Verlängerung der GOP 01865 erforderlich ist.

Gesundheitsuntersuchung für Erwachsene

Versicherte ab 35 Jahren haben nach der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses einmalig den Anspruch, sich auf die Viruserkrankungen Hepatitis B und/oder Hepatitis C im Rahmen des sogenannten Check-ups (Gesundheitsuntersuchung) testen zu lassen. Ziel ist es, durch das Screening unentdeckte, weil zunächst symptomlos oder schleichend verlaufende Infektionen zu erkennen und frühzeitig zu behandeln, um teils gravierende Spätfolgen zu verhindern.

12. Videosprechstunde: Zuschlag für Authentifizierung bis 31. Dezember 2026 verlängert

Der Authentifizierungszuschlag für die Videosprechstunde wird bis zum 31. Dezember 2026 verlängert. Der Bewertungsausschuss (BA) hat beschlossen, die bis Ende des Jahres befristete Gebührenordnungsposition **(GOP) 01444 im Abschnitt 1.4 EBM weiterzuführen.**

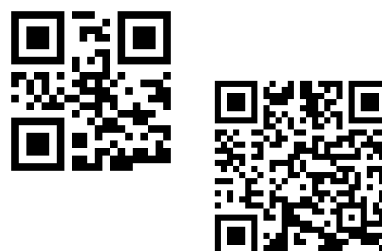
Die GOP 01444 berücksichtigt als Zuschlag den zusätzlichen Aufwand der Praxis, um einen unbekannten Patienten in der Videosprechstunde zu authentifizieren. Die GOP wurde vor sechs Jahren befristet in den EBM aufgenommen und seitdem mehrfach verlängert. Sie wird entbehrlich, wenn Versicherten und Praxen flächendeckend eine technische Lösung zur Authentifizierung für die Videosprechstunde zur Verfügung steht.

Der BA prüft bis zum 30. September 2026, ob eine weitere Verlängerung der Frist erforderlich ist.

Weitere Informationen finden Sie im Beschluss und auf der Homepage der KBV:

www.kbv.de/984706

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



13. Vorhaltepauschale für Hausärzte neu geregelt

Die aufgrund gesetzlicher Vorgaben neu geregelte Vorhaltepauschale für Hausarztpraxen wird zum **1. Januar 2026 eingeführt**. Mit ihr soll die hausärztliche Grundversorgung stärker gefördert werden.

Mit der neu geregelten **Vorhaltepauschale (GOP 03040)** und dem Zuschlag, der nach der Anzahl erfüllter Kriterien und der Bewertungshöhe gestaffelt ist, werden finanzielle Anreize gesetzt, die die hausärztliche Grundversorgung stärken sollen. Gleichzeitig sollte mit dem Beschluss das Volumen der Honorarumverteilung infolge der gesetzlich vorgegebenen Ausgabenneutralität klein gehalten werden. Dies wird einerseits dadurch erreicht, dass die neu geregelte Vorhaltepauschale durch einen Großteil (92,8 Prozent) des bisherigen Leistungsbedarfs der GOP 03040 finanziert wird.

Zusätzlich wurde festgelegt, dass die Bewertung der neu geregelten Vorhaltepauschale (128 Punkte) zusammen mit dem Zuschlag I (GOP 03041 / 10 Punkte) der Bewertung der bisherigen GOP 03040 (138 Punkte) entspricht. Etwa 87 Prozent der Praxen erfüllen nach den Berechnungen der KBV bei Beibehaltung derzeitigen Abrechnungsverhaltens mindestens zwei Kriterien und erhalten damit einen der beiden Zuschläge.

Details der Vorhaltepauschale ab 2026

Die Grundsystematik der Gebührenordnungsposition (GOP) 03040, also der jetzigen Vorhaltepauschale, die seit 2013 als Zusatzpauschale zu den Versichertenpauschalen für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages gezahlt wird, bleibt bestehen. Hausärztinnen und Hausärzte erhalten sie weiterhin einmal im Behandlungsfall, wenn sie in dem Quartal keine fachärztlichen Leistungen bei dem Patienten durchgeführt und abgerechnet haben.

Die Bewertung der GOP 03040 wird zum 1. Januar allerdings abgesenkt – von 138 auf 128 Punkte. Dafür gibt es einen Zuschlag von 10 Punkten, wenn die Praxis mindestens zwei von zehn Kriterien erfüllt, zum Beispiel Haus- und Pflegeheimbesuche sowie Ultraschalluntersuchungen durchführt. Werden mindestens acht Kriterien erreicht, erhält die Praxis anstelle der 10 Punkte einen Zuschlag von 30 Punkten.

Vorhaltepauschale: GOP 03040

Die bisherige Grundsystematik wird im Wesentlichen beibehalten. Das bedeutet:

- die GOP wird als Zuschlag zur Versichertenpauschale einmal im Behandlungsfall, 128 Punkte (bisher: 138 Punkte) von der KV zugesetzt, wenn der Hausarzt keine fachärztlichen Leistungen bei dem Patienten im Quartal durchführt (z. B. Richtlinien-Psychotherapie (EBM-Kapitel 35, mit Ausnahme der psychosomatischen Grundversorgung (GOP 35100, 35110)) oder Schlafstörungsdiagnostik (EBM-Abschnitt 30.9))
- abhängig von der Größe der Praxis erfolgt ein Bewertungsauf- oder -abschlag
 - bei weniger als 400 Behandlungsfällen je Vollzeit tätigem Hausarzt: Abschlag von 13 Punkten
 - bei mehr als 1.200 Behandlungsfällen je Vollzeit tätigem Hausarzt: Aufschlag von 9 Punkten aufgrund der angepassten Bewertung der GOP 03040

Neue Abschlagsregelung: Neu ist zudem eine Abschlagsregelung auf die GOP 03040 für Hausarztpraxen, die **weniger als 10 Schutzimpfungen** gemäß der Anlage 1 der Schutzimpfungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Quartal durchführen. Diese Praxen erhalten einen Abschlag auf die GOP 03040 von 40 Prozent.

Von der Abschlagsregelung ausgenommen sind diabetologische Schwerpunktpraxen, HIV-Schwerpunktpraxen und Substitutionspraxen, in denen Hausärzte bei mehr als 20 Prozent der Patienten spezialisierte diabetologische Behandlungen, spezialisierte Behandlungen von an HIV-/AIDS-erkrankten Patienten gemäß Abschnitt 30.10 oder substitutionsgestützte Behandlungen Opioidabhängiger gemäß Abschnitt 1.8 des EBM durchführen. Da der EBM im Kapitel 3 keine spezifischen GOP für spezialisierte diabetologische Behandlungen enthält, sind hierbei Leistungen der regionalen Vereinbarungen (z. B. DMP) zu berücksichtigen. Hausärzte in diesen Praxen erhalten den 10-Punkte-Zuschlag zur Vorhaltepauschale ohne die Erfüllung einer Mindestanzahl von Kriterien. Für den höheren Zuschlag von 30 Punkten müssen sie wie alle anderen Hausärzte mindestens acht Kriterien erfüllen.

Zuschlag zur Vorhaltepauschale: GOP 03041 und 03042

Ergänzend zur Vorhaltepauschale wird ein gestaffelter Zuschlag eingeführt, für dessen Berechnung die Erfüllung einer Mindestanzahl von Kriterien im aktuellen Quartal in Behandlungsfällen gemäß Nr. 10 der Präambel 3.1 erforderlich ist.

- GOP 03041 bei Erfüllung von mindestens 2 und weniger als 8 Kriterien: 10 Punkte
- GOP 03042 bei Erfüllung von mindestens 8 Kriterien: 30 Punkte

Entbudgetierte Vergütung

Vorhaltepauschale und Zuschlag werden durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt. Beide Leistungen werden in voller Höhe gezahlt. Hintergrund ist die Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen des EBM zum 1. Oktober.

Auf einen Blick: Die Vorhaltepauschale ab 2026

Vorhaltepauschale ohne Zuschlag (128 Punkte)

- wird gezahlt, wenn die Praxis kein oder nur ein Kriterium erfüllt

Vorhaltepauschale plus Zuschlag I (128 Punkte plus 10 Punkte)

- wird gezahlt, wenn die Praxis mindestens zwei bis maximal sieben Kriterien erfüllt

Vorhaltepauschale plus Zuschlag II (128 Punkte plus 30 Punkte)

- wird gezahlt, wenn die Praxis acht oder mehr Kriterien erfüllt

Die Vergütung erfolgt ohne Budget in voller Höhe.

Das sind die zehn Kriterien:

Kriterium	Anforderungen für die Erfüllung des Kriteriums
Haus- und Pflegeheimbesuche (GOP 01410, 01411, 01412, 01413, 01415, 01721, 03062, 03063, 38100 und / oder 38105)	mind. 5 Prozent*
Geriatrische / palliativmedizinische Versorgung (GOP der EBM-Abschnitte 3.2.4, 3.2.5 und 37.3, 30980 und / oder 30984)	mind. 12 Prozent*
Kooperation Pflegeheim (GOP des EBM-Abschnittes 37.2)	mind. 1 Prozent*
Schutzimpfungen gemäß Anlage 1 der Schutzimpfungsrichtlinie des G-BA	mind. 7 Prozent im 1., 2. und 3. Quartal* mind. 25 Prozent im 4. Quartal*
Kleinchirurgie / Wundversorgung / postoperative Behandlung (GOP 02300, 02301, 02302, 02310, 02311, 02312, 02313 und / oder 31600)	mind. 3 Prozent*
Ultraschalldiagnostik Abdomen und / oder Schilddrüse (GOP 33012 und / oder 33042)	mind. 2 Prozent*
hausärztliche Basisdiagnostik Langzeitblutdruckmessung und / oder Langzeit-EKG und / oder Belastungs-EKG und / oder Spirographie (GOP 03241, 03321, 03322, 03324 und / oder 03330)	mind. 3 Prozent*
Videosprechstunde (GOP 01450)	mind. 1 Prozent*
Zusammenarbeit	Das Kriterium gilt als erfüllt bei einer fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) von Hausärzten oder der Teilnahme an Qualitätszirkel
Sprechstunden / Praxisöffnungszeiten	Angebot von mindestens 14-tägig stattfindenden Sprechstunden am Mittwoch nach 15 Uhr und / oder Freitag nach 15 Uhr und / oder an mindestens einem Werktag · nach 19 Uhr und / oder · vor 8 Uhr

*Die Summe der Leistungen im Verhältnis zu allen hausärztlichen Behandlungsfällen, z. B. mind. 50 Besuchsleistungen bei 1.000 Fällen (5 Prozent)

Erläuterungen zu den zehn Kriterien

Ob eines der ersten acht Kriterien als erfüllt gilt, hängt davon ab, wie hoch der prozentuale Anteil der geforderten Leistungen an den Behandlungsfällen einer Praxis ist. Dabei wird jede abgerechnete Leistung gezählt; beim Kriterium Schutzimpfungen zum Beispiel jede Impfung, auch wenn ein Patient an einem Tag zwei Impfungen erhält.

Weitere Informationen finden Sie im Beschluss und auf der Homepage der KBV:

www.kbv.de/infothek/rechtsquellen/beschluesse



14. Angepasster COVID-19-Impfstoff Comirnaty

Arztpraxen können den an die Omikron-Variante LP.8.1 angepassten COVID-19-Impfstoff von BioNTech/Pfizer jetzt erstmals für die Woche ab dem 15. September bestellen. Das Vakzin steht nach Angaben des Zentrums für Pandemie-Impfstoffe und -Therapeutika für alle Altersgruppen zur Verfügung.

Comirnaty LP.8.1 von BioNTech/Pfizer ist seit Kurzem in der Europäischen Union zugelassen und kann zur Grundimmunisierung und für Auffrischimpfungen eingesetzt werden. Nach Angaben des Zentrums für Pandemie-Impfstoffe und -Therapeutika (ZEPAI) am Paul-Ehrlich-Institut steht das neue Vakzin in drei Dosierungen zur Verfügung – für Personen ab 12 Jahren (Fertiglösung), für 5- bis 11-Jährige (Fertiglösung) sowie für Säuglinge und Kleinkinder ab 6 Monaten bis 4 Jahre (Konzentrat).

Der Impfstoff steht nur in Mehrdosenbehältnissen bereit. Eine Bestellung ist wie bisher wöchentlich möglich.

Laut ZEPAI sind die COVID-19-Impfstoffe Comirnaty JN.1 für Kinder und Kleinkinder ab September nicht mehr verfügbar.

Alle im Zentrallager des Bundes verfügbaren und ausgelieferten Chargen haben spätestens am 31. August das Ende der Haltbarkeitsdauer erreicht. Falls dann noch Dosen der Impfstoffe in Arztpraxen vorhanden sind, sollten diese fachgerecht entsorgt werden.

Als Alternative stellt der Bund weiterhin die an die Omikron-Variante KP.2 angepassten Comirnaty-Impfstoffe von BioNTech/Pfizer für alle Altersgruppen bereit.

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage der KBV:

<https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2025/07-31/zepai-covid-19-impfstoffe-comirnaty-jn-1-fuer-kinder-und-kleinkinder-ab-september-nicht-mehr-verfuegbar>



15. Zweitmeinung bei Eingriffen zur Karotis-Revaskularisation

Die Aufnahme von Eingriffen zur Karotis-Revaskularisation bei Karotis-Stenosen in die Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) wurde vom Bundesministerium für Gesundheit nicht beanstandet und am 16. Juni 2025 im Bundesanzeiger veröffentlicht.

Eingriffe zur Karotis-Revaskularisation

Stenosen der Arteria carotis können ab einem bestimmten Grad der Stenose den Blutfluss hemmen und zu einer entsprechenden Minderdurchblutung in deren Versorgungsgebiet (Kopf und Gehirn) führen. Zur Behandlung von Karotis-Stenosen stehen neben konservativen sowie medikamentösen Therapien die Endarteriektomie und perkutane, transluminale Verfahren als invasive, revaskularisierende Eingriffe zur Verfügung. Die Bewertung der Behandlungsbedürftigkeit und insbesondere die Auswahl der unterschiedlichen revaskularisierenden Behandlungsverfahren unterliegen einer komplexen Entscheidungsfindung. Für diese Eingriffe hat der G-BA einen Zweitmeinungsanspruch festgelegt.

Ab dem 1. Oktober 2025 können sich gesetzlich Versicherte eine zweite ärztliche Meinung einholen, wenn ihnen eine Operation zur Behandlung der Karotis-Stenose empfohlen wurde.

Berechtigte Facharztgruppen

Zur Erbringung der Zweitmeinung für den Eingriff sind Fachärztinnen oder Fachärzte folgender Fachrichtungen berechtigt:

1. Neurologie,
2. Innere Medizin und Angiologie,
3. Innere Medizin und Kardiologie,
4. Gefäßchirurgie,
5. Radiologie mit Expertise in endovaskulären Verfahren (interventionelle Radiologie), die mit der Durchführung von mindestens 100 endovaskulären Interventionen, darunter mindestens zehn an supraaortalen extrakraniellen Gefäßen, und mindestens 30 einschlägigen theoretischen Fortbildungseinheiten im Umfang von je 45 Minuten nachzuweisen ist,
6. Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie,
7. Neurochirurgie.

Indikationsstellung

Die Indikationsstellung soll im Zweitmeinungsverfahren interdisziplinär unter Einbeziehung einer Neurologin oder eines Neurologen erfolgen. Bei Bedarf können darüber hinaus weitere Ärztinnen und Ärzte der oben genannten medizinischen Fachgebiete hinzugezogen werden.

Vergütung und Kennzeichnung

Die Zweitmeinung umfasst die Durchsicht vorliegender Befunde 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 (aktuell: 9,30 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.

Vergütung

Die Vergütung für Leistungen des jeweils neu in die Richtlinie aufgenommenen Verfahrens 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.

Kennzeichnung

Ärzte müssen ihre Leistungen bei der Abrechnung nach bundeseinheitlichen Vorgaben eingriffsspezifisch kennzeichnen:

- Für die Aufklärung und Beratung im Zusammenhang mit dem Zweitmeinungsverfahren bei Eingriffen zur Karotis-Revaskularisation bei Karotis-Stenosen durch den „Erstmeiner“ ist die neue bundeseinheitliche **GOP 01645M** 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 88200M** zu erfolgen

Weitere Informationen finden Sie im Beschluss und auf der Homepage der KBV:

www.kbv.de/infothek/rechtsquellen/beschluesse

www.g-ba.de/beschluesse/7131/



16. Vorgehensweise bei geplanten Behandlungen von im Ausland versicherten Patienten

Aus aktuellem Anlass möchten wir Sie nochmals auf die Vorgehensweise, speziell bei der Abrechnung von geplanten Behandlungen (mit S2-Genehmigung) von im Ausland versicherten Patienten, hinweisen.

Für die geplante Behandlung einer Erkrankung in Deutschland muss die Person grundsätzlich vor ihrer Anreise eine Genehmigung des zuständigen Kostenträgers im Herkunftsland einholen (Formular PD S2). Diese Genehmigung tauscht sie bei einer selbst gewählten deutschen Krankenkasse am Aufenthaltsort in einen **Nationalen Anspruchsnachweis** um, den sie anschließend in der Praxis vorlegt.

Der Leistungsumfang kann auf dem Nationalen Anspruchsnachweis eingeschränkt sein, beispielsweise

- auf eine bestimmte Erkrankung oder
- auf einen bestimmten Arzt/eine bestimmte Praxis.

Der vertragsärztliche Leistungsumfang richtet sich nach den Vorgaben, die der zuständige ausländische Krankenversicherungsträger bei seiner Genehmigung zur Behandlung in Deutschland festgelegt hat.

Diese Vorgaben werden von der gewählten aushelfenden deutschen Krankenkasse bei der Ausstellung des Nationalen Anspruchsnachweises berücksichtigt und auf diesem vermerkt.

Heil- und Hilfsmittelverordnungen sowie weitere Verordnungen – mit Ausnahme von Arzneimittelrezepten – müssen der jeweiligen Krankenkasse vorab zur Genehmigung vorgelegt werden.

Bedarf es bei der Behandlung von Patienten mit Nationalem Anspruchsnachweis einer Überweisung an einen weiteren Arzt, so muss diese zuerst der deutschen Krankenkasse vorgelegt werden. Ärztinnen und Ärzte rechnen ihre Leistungen bei vorgelegtem Anspruchsnachweis über die Kassenärztlichen Vereinigung ab.

Fehlt der Anspruchsnachweis, informiert die Praxis die Person darüber, dass sie eine Privatabrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erhält und die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln nur auf Privatrezept erfolgen kann. Bei nachträglicher Vorlage des Anspruchsnachweises ist eine Erstattung möglich.

Weitere Informationen zum Thema „Im Ausland Krankenversicherte“ finden Sie auf unserer Webseite im Verzeichnispfad

Infoportal/Honorar/Sonstige Kostenträger/Sozialversicherungsabkommen/EU-Versicherte unter Links und Verweise: „PraxisInfo Spezial-Auslandskrankenversicherte“.

Ansprechpartner:

Sonstige Kostenträger

✉: honorar@kvsaarland.de

17. Merkblatt Abrechnungsmodalitäten Sonstige Kostenträger

Das Merkblatt zu den Abrechnungsmodalitäten der Sonstigen Kostenträger wurde überarbeitet und entsprechend den aktuellen Bestimmungen für Sonstige Kostenträger angepasst.

Vorgenommene Änderungen:

VKNR	Name	IK	Abrechnungs- stelle	Status	Datum	Letztes Abr. Q
73817	Landkreis Merzig/Wadern –		Saarland	Neuer KT		

	Kreisjugend- amt					
27860	Bundespolizei Zentr. Abr. Heilfürsorge	1030600342	Düsseldorf	Auflösung	30.09.2025	3/2026
74860	Bundespolizei Zentr. Abr. Heilfürsorge	951287019	KBV	Neuer KT		

Die Bundespolizei stellt von den Krankenversicherungskarten auf die elektronischen Gesundheitskarten (eGK) um. Der Austausch der Karten ist nach Aussage der Bundespolizei abgeschlossen. Deshalb wird der Kostenträger „Bundespolizei Zentr. Abr. Heilfürsorge“ mit der Vertragskassennummer (VKNR) 27860 zum 30. September 2025 geschlossen. Nachtragsfälle können noch bis zur Abrechnung des 3. Quartals 2026 zulasten des Kostenträgers abgerechnet werden. Die Abrechnung über die eGK erfolgt über den Kostenträger „Bundespolizei Heilfürsorge“ (VKNR: 74860).

Das Merkblatt finden Sie an diese Anlage „KVS-Aktuell Abrechnung“ angefügt und als PDF-Dokument unserer Webseite www.kvsaarland.de, unter dem folgenden Pfad: Infoportal/Honorar/Sonstige Kostenträger/ Allgemein – Sonstige Kostenträger unter Links und Verweise

Ansprechpartner:

Sonstige Kostenträger

✉: honorar@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.

Abrechnungsmodalitäten
Sonstige Kostenträger
Stand - 19.09.2025

VKNR	Sozialämter	Krankenbehandlungsschein <u>mit</u> <u>Arztstempel im</u> <u>Original</u> für Abrechnung erforderlich	Krankenbehandlungsschein <u>mit</u> <u>Arztstempel in</u> <u>Kopie</u> für Abrechnung möglich	Besonderheiten
73801	Stadtverband Saarbrücken	ja	nein	mit Sammelerklärung einreichen
73803	Sozialamt Saarpfalz Kreis	ja	ja	mit Sammelerklärung einreichen
73804	Sozialamt Neunkirchen	ja	nein	mit Sammelerklärung einreichen
73805	Sozialamt St. Wendel	ja	nein	mit Sammelerklärung einreichen
73806	Kreissozialamt Saarlouis	ja	nein	mit Sammelerklärung einreichen Identifikationspapiernummer in Feld 4124 erforderlich; Genehmigung bei Überweisung* und Muster 19 a/ Notfall erforderlich
73807	Sozialamt Merzig/Wadern	ja	nein	mit Sammelerklärung einreichen Identifikationspapiernummer in Feld 4124 erforderlich
73811	Regionalverband <u>Jugendamt</u> Saarbrücken	ja	ja	mit Sammelerklärung einreichen
73813	Sozialamt <u>Jugendamt</u> Saar Pfalz Kreis	ja	ja	mit Sammelerklärung einreichen
73814	<u>Jugendamt</u> Landkreis Neunkirchen	ja	nein	mit Sammelerklärung einreichen
73815	Sozialamt <u>Jugendamt</u> St. Wendel	ja	ja	mit Sammelerklärung einreichen
73816	Sozialamt <u>Jugendamt</u> Saarlouis	ja	nein	mit Sammelerklärung einreichen
73817	Sozialamt <u>Jugendamt</u> Merzig-Wadern	ja	nein	mit Sammelerklärung einreichen
73825	Landkreis St. Wendel - Asylstelle -	ja	nein	mit Sammelerklärung einreichen
73845	Landesaufnahmestelle Lebach	ja	nein	mit Sammelerklärung einreichen Identifikationspapiernummer in Feld 4124 erforderlich; Genehmigung bei Überweisung* und Muster 19 a/ Notfall erforderlich
	außersaarländische Sozialämter	ja		individuelle Regelungen der einzelnen Kostenträger

*** Ausnahme bei Pathologen, Labor- und Radiologen**

VKNR	weitere SKT - Kostenträger	Krankenbehandlungsschein <u>mit</u> <u>Arztstempel im</u> <u>Original</u> für Abrechnung erforderlich	Besonderheiten
61850	Postbeamtenkrankenkasse A	nein	Versichertenkarte
79868	BA f.d. Personalmanag. der Bundeswehr -Ärztliche Behandlung.-	nein	Personenkennziffer in Feld 4124 Quartals-Gültigkeit in Feld 4125
79869	BA f.d. Personalmana. der Bundeswehr -Tauglichkeitsuntersuchung-	nein	Personenkennziffer in Feld 4124 Quartals-Gültigkeit in Feld 4125
24870	Zentrale Polizeitech. Dienste NRW	nein	Versichertenkarte
74860	Bundespolizei	nein	Versichertenkarte
94870	Bereitschaftspolizei Chemnitz	nein	Versichertenkarte
95870	Bereitschaftspolizei Dresden	nein	Versichertenkarte
96870	Bereitschaftspolizei Leipzig	nein	Versichertenkarte
48871	Bereitschaftspolizei Rheinland-Pfalz	ja	mit Sammelerklärung einreichen
	Sonstige Polizeikassen (ohne Vers.-Karte)	ja	mit Sammelerklärung einreichen
KTAB/SVA	Sozialversicherungsabkommen (ohne Karte)	nein	Patientenerklärung und Kopie der EHIC an Kasse
KTAB/BVG	Bundesversorgungsgesetz (ohne Karte)	nein	in der Praxis aufbewahren
73800	Konsiliarfälle/Hinzuziehungen	nein	Krankenhaus-Nummer in Feldkennung 4126 mit "Konsil=74100" (Bsp.für Kl.Winterberg)