

Abrechnung

Inhalt

1. Vergütung psychotherapeutischer Leistungen wird um fast fünf Prozent gekürzt 2
2. Bundespolizisten mit eGK (VKNR 74860) erhalten ab April 2026 die elektronische Patientenakte 2
3. Wichtige Information: Covid -19-Impfstoff Nuvaxovid JN.1 ab Mai nicht mehr verfügbar 3
4. Abrechnung und Vergütung weiterer digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA) 4
5. EBM-Anpassungen 2026: Erweiterung des Neugeborenen-Screenings und Anpassung pränataler Untersuchungen 4
6. Früherkennung von Lungenkrebs bei Rauchern ab dem 01.04.2026 5
7. QS-Verfahren Wundinfektionen: Streichung des Zuschlags für die jährliche Einrichtungsbefragung 7
8. Neue hausärztliche Versorgungspauschale ab dem 01.07.2026 8

1. Vergütung psychotherapeutischer Leistungen wird um fast fünf Prozent gekürzt

Die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen wird zum **1. April 2026 um 4,5 Prozent abgesenkt**. Das hat der Erweiterte Bewertungsausschuss am Mittwoch beschlossen, nachdem die Verhandlungen zwischen KBV und GKV-Spitzenverband gescheitert waren. Die KBV kritisiert die Entscheidung und sieht darin eine Benachteiligung für Psychotherapeuten sowie negative Folgen für Patienten.

Die Absenkung betrifft fast alle Leistungen, die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durchführen und abrechnen (EBM-Abschnitt 35.2.1.) – die antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie ebenso wie beispielsweise die Psychotherapeutische Sprechstunde und die Akutbehandlung.

Die Bewertung einer Therapiestunde ändert sich damit von 941 auf 899 Punkte.

Zudem wird neben der Absenkung der Vergütung um 4,5 Prozent eine **Anhebung der Strukturzuschläge um 14,5 Prozent** für Personalkosten (EBM-Abschnitte 35.2.2 und 35.2.3) vorgesehen. Diese gleichen die Kürzungen jedoch nur teilweise aus.

Die Anhebung der Bewertungen der Strukturzuschläge erfolgt **rückwirkend zum 1. Januar 2026**:

- **GOP 35571**: Anhebung von 159 auf 182 Punkte
- **GOP 35572**: Anhebung von 66 auf 75 Punkte
- **GOP 35573**: Anhebung von 81 auf 93 Punkte

Weitere Informationen finden Sie im Beschluss und unter:

www.kbv.de/984706

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



2. Bundespolizisten mit eGK (VKNR 74860) erhalten ab April 2026 die elektronische Patientenakte

Mit KVS Fax-News vom 26.03.2026 haben wir Sie bereits über die Bereitstellung der elektronischen Patientenakte (ePA) bei den Versicherten der Bundespolizei (VKNR 74860) mit eGK ab dem 01. April 2026 informiert.

Für die Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) gelten dieselben Regelungen wie bei gesetzlich Krankenversicherten. So berechnen Ärzte und Psychotherapeuten, die in die Akten von

Bundespolizisten Befundberichte, Arztbriefe etc. einstellen, die bekannten Gebührenordnungspositionen (GOP), für die sektorenübergreifende Erstbefüllung zum Beispiel die GOP 01648 (11,34 Euro / 89 Punkte).

Seit einem Jahr verfügen die meisten Bundespolizisten über eine elektronische Gesundheitskarte. Diese ist eine Voraussetzung dafür, dass Ärzte und Psychotherapeuten die ePA einlesen und befüllen können.

Schrittweise Einführung der TI-Anwendungen

Weitere Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) für Angehörige der Bundespolizei sollen folgen. Da die Heilfürsorge elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen noch nicht empfangen kann, sollten Ärzte Bundespolizisten vorerst weiterhin einen Ausdruck mitgeben.

Wir informieren Sie, sobald weitere TI-Anwendungen für Angehörige der Bundespolizei eingeführt sind.

Ansprechpartner:

Sonstige Kostenträger

☎ [0681 998370](tel:0681998370)

✉: honorar@kvsaarland.de

3. Wichtige Information: Covid -19-Impfstoff Nuvaxovid JN.1 ab Mai nicht mehr verfügbar

Das Zentrum für Pandemie-Impfstoffe und Therapeutika am Paul-Ehrlich-Institut (ZEPAI) hat mitgeteilt, dass der proteinbasierte COVID-19-Impfstoff **Nuvaxovid JN.1** in Kürze nicht mehr zur Verfügung steht.

Was bedeutet das konkret?

- **Haltbarkeit:** Alle aktuell im Zentrallager des Bundes verfügbar sowie bereits ausgelieferten Chargen erreichen spätestens am **30. April 2026** das Ende ihrer Haltbarkeit
- **Stopp der Anwendung:** Ab dem **1. Mai 2026** ist eine Verwendung des an die Omikron-Variante JN.1 angepassten proteinbasierten Impfstoffs in Deutschland nicht mehr möglich.
- **Entsorgung:** Vorhandene Dosen in Arztpraxen müssen nach diesem Datum fachgerecht entsorgt werden.

Verfügbare Alternativen:

Für Impfungen stehen weiterhin die an die Variante **KP.2** (im Dokument als LP.8.1 bezeichnet) angepassten **Comirnaty-Impfstoffe** von BioNTech/Pfizer zur Verfügung. Diese werden vom Bund weiterhin für alle Altersgruppen bereitgestellt.

Eine aktuelle Übersicht über alle bestell- und lieferbaren COVID-19 Impfstoffe aus der zentralen Beschaffung des Bundes finden Arztpraxen auf den Seiten der KBV.

<https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2026/04-02/covid-19-impfstoff-nuvaxovid-jn1-ab-mai-nicht-mehr-verfuegbar>



4. Abrechnung und Vergütung weiterer digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA)

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat weitere digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband haben im Rahmen der Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ärzte) die notwendigen Entscheidungen zur Abrechnung und Vergütung getroffen.

Die DiGA „**Oviva Direkt Bluthochdruck**“ und „**INKA**“ ist ab **01. April 2026** von ausgewählten ärztlichen Fachgruppen über die **Pauschale 86700** berechnungsfähig.

Die DiGA „**glucura Diabetestherapie**“ wurde im **Februar 2026 dauerhaft** in das DiGA-Verzeichnis **aufgenommen**. Es werden keine gesonderten Leistungen im EBM aufgenommen. Die Versorgung ist Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenkassen.

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

www.kbv.de/infothek/rechstquellen



www.kbv.de/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag



5. EBM-Anpassungen 2026: Erweiterung des Neugeborenen-Screenings und Anpassung pränataler Untersuchungen

Zum **01. April 2026** wird das erweiterte Neugeborenen-Screening im Abschnitt 17.1 angepasst. Hintergrund ist die **Erweiterung des Screenings um vier Zielerkrankungen, die Früherkennung eines Vitamin-B12-Mangels, Homocystinurie, Propionazidämie und Methylmalonazidurie**. Aufgrund des erhöhten Untersuchungsaufwands wird die Bewertung der entsprechenden Laborleistung (**GOP 01724**) um **43 Punkte** angehoben.

Zudem wird die Leistung zur quantitativen Bestimmung einer in-vitro Interferon-gamma-Freisetzung (**GOP 32670**) an den aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik angepasst. Als Alternative zur Bestimmung der Freisetzung von Interferon-gamma mittels IGRA-Tests (z. B. QuantiFERON)

kann die Freisetzung von IP-10 (Interferon-gamma-induziertes Protein 10) quantitativ bestimmt werden. Insbesondere bei Kindern oder immungeschwächten Patienten zeigt die Bestimmung der Freisetzung von IP-10 eine höhere Sensitivität. Eine Anpassung der Vergütung ist nicht erforderlich.

Darüber hinaus wird für die **GOP 01437** und **01698** ein gegenseitiger Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall ergänzt.

Weitere Informationen finden Sie im Beschluss und unter:

www.kbv.de/984706

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



6. Früherkennung von Lungenkrebs bei Rauchern ab dem 01.04.2026

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte am 18. Juni 2025 eine Änderung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL) bezüglich der Einführung der Lungenkrebs-früherkennung mittels Niedrigdosis-Computertomographie bei Rauchern beschlossen.

Mit Wirkung zum 1. April 2026 werden folgende Gebührenordnungspositionen (GOP) in den EBM aufgenommen:

GOP 01871 - Niedrigdosis-Computertomographie zur Früherkennung von Lungenkrebs gemäß Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennungsrichtlinie (746 Punkte)

- einmal im Krankheitsfall
- Bei unauffälligem Befund erst nach 12 Monaten erneut berechnungsfähig

01872 - Niedrigdosis-Computertomographie zur Befundkontrolle im Rahmen der Früherkennung von Lungenkrebs gemäß Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (586 Punkte)

- einmal im Behandlungsfall
- Nur abrechnungsfähig, wenn gemäß GOP 01871 das Kontrollintervall von weniger als 12 Monate festgelegt wurde, da der Befund kontroll- oder abklärungsbedürftig ist

01875 - Erstellung eines Berichts gemäß Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (39 Punkte)

- einmal im Krankheitsfall

01876 - Erstberatung zur Früherkennung von Lungenkrebs gemäß Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (87 Punkte)

- je vollendete 5 Minuten berechnungsfähig, höchstens 3-mal in der Sitzung
- einmalig je Versicherter berechnungsfähig
- Nur bei Versicherten zwischen 50 und 75 Jahren berechnungsfähig gemäß § 38 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie

01878 - Veranlassung der konsiliarischen Zweitbefundung der Niedrigdosis-Computertomographie zur Früherkennung von Lungenkrebs gemäß Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (94 Punkte)

- höchstens 3-mal im Krankheitsfall
- im Zusammenhang mit der GOP 01871 nur einmal im KHF berechnungsfähig
- im Zusammenhang mit der GOP 01872 nur zweimal im KHF berechnungsfähig

01879 - Konsiliarische Zweitbefundung der Niedrigdosis-Computertomographie zur Früherkennung von Lungenkrebs gemäß Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennungsrichtlinie (389 Punkte)

- je Konsiliarauftrag

01880 - Beratung des Versicherten bei abklärungsbedürftigem Befund im Rahmen der Früherkennung von Lungenkrebs gemäß Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (82 Punkte)

- einmal im Behandlungsfall
- Auch bei telefonischer Beratung und in einer Videosprechstunde berechnungsfähig
- Maximal 14 Tage nach Durchführung der GOP 01871 oder 01872 berechnungsfähig

01881 - Teilnahme an einer Konsensuskonferenz im Rahmen der Früherkennung von Lungenkrebs gemäß Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (109 Punkte)

- Auch als Videofallbesprechung berechnungsfähig

Die Vergütung der Leistungen zur Früherkennung von Lungenkrebs nach den GOP 01871, 01875 und 01876 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen. Die Vergütung der **GOP 01872, 01878 bis 01881** erfolgt **zunächst außerhalb der MGV**. Bis Ende März 2031 prüft der BA, ob die Leistungen in die MGV empfohlen werden kann.

Die GOP **01875 und 01876** können **nur von Fachärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin und Fachärzten für Innere Medizin** berechnet werden. Die Gebührenordnungspositionen **01871, 01872 und 01878 bis 01881** können **nur von Fachärzten für Radiologie** berechnet werden.

Die genannten Ziffern sind nur dann berechnungsfähig, wenn alle in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen und in der Lungenkrebs-Früherkennungs-Verordnung aufgeführten Voraussetzungen erfüllt sind und - mit Ausnahme der

Gebührenordnungspositionen 01875 und 01876 - eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V für die Berechnung der jeweiligen Gebührenordnungspositionen vorliegt.

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

www.kbv.de/984706

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



7. QS-Verfahren Wundinfektionen: Streichung des Zuschlags für die jährliche Einrichtungsbefragung

Der Bewertungsausschuss (BA) hat die Streichung des Zuschlags für die jährliche Einrichtungsbefragung im Qualitätssicherungsverfahren Wundinfektionen **rückwirkend zum 1. Januar 2026 beschlossen** (834. Sitzung, schriftliche Beschlussfassung).

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat das Qualitätssicherungsverfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen“ eingestellt. Die Dokumentationspflicht und alle anderen QS-Maßnahmen entfallen damit.

EBM Anpassungen zum 1. Januar

- Infolge dieser Verfahrenseinstellung hat der BA die Gebührenordnungsposition (GOP) **01650** als Zuschlag für die jährliche Einrichtungsbefragung im Abschnitt 1.6 des EBM **gestrichen**. Der Zuschlag galt für die GOP des Kapitels 31 und 36 des EBM, die entsprechend der Spezifikation dokumentationsauslösende Leistungen beinhalten konnten.
- Zudem entfällt jetzt die sechste Bestimmung zum Abschnitt 1.6, wonach nur berechnungsberechtigte Fachärzte im Gebiet Chirurgie, Orthopädie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Urologie die GOP 01650 abrechnen durften. Durch die Streichung dieser Bestimmung musste die erste Anmerkung zur GOP 01670 (Einholung eines Telekonsiliums) angepasst werden.

Weitere Informationen finden Sie im Beschluss und unter:

www.kbv.de/984706

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



8. Neue hausärztliche Versorgungspauschale ab dem 01.07.2026

Der Bewertungsausschuss hat nach längeren Beratungen eine neue hausärztliche Versorgungspauschale für chronisch kranke Patientinnen und Patienten beschlossen. Darauf haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV Spitzenverband verständigt.

Die Gebührenordnungsposition **03100** ist für die Behandlung und Betreuung von Patienten zu berechnen, die im Quartal der Berechnung folgende Kriterien erfüllen:

- ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr
- bei Vorliegen einer lang andauernden, lebensverändernden chronischen Erkrankung für die eine kontinuierliche Arzneimitteltherapie mit **einem** zu Lasten der Krankenkassen verschriebenen erkrankungsspezifischen **Arzneimittel** erfolgt.

Die GOP 03100 ist nicht abrechnungsfähig, wenn Patienten dauerhaft mehr als ein leitliniengerechtes, verschreibungspflichtiges Medikament erhalten. Eine Ausnahme gilt bei zwei Wirkstoffen, wenn diese auch als entsprechendes Kombinationspräparat verfügbar sind.

Die Versorgungspauschale enthält denselben Leistungsinhalt wie die Versichertenpauschale (GOP 03000), die Chronikerpauschale (GOP 03220) und der Zuschlag für den Medikationsplan (GOP 03222). Der Unterschied ist, dass sie die Behandlung für zwei Quartale umfasst (**Halbjahrespauschale**).

Die Pauschale kann abgerechnet werden, wenn innerhalb der letzten vier Quartale (inklusive des aktuellen) folgende Bedingungen erfüllt sind:

- **Diagnose:** Dieselbe gesicherte chronische Erkrankung, die eine kontinuierliche medikamentöse Versorgung erfordert.
- **Kontakte:** Mindestens drei Quartale mit Arzt-Patienten-Kontakt in derselben Praxis.
- **Präsenz:** Mindestens zwei dieser Kontakte müssen persönlich sein (einer davon darf per Videosprechstunde erfolgen).
- **Ausschluss:** Besteht mehr als eine lebensverändernde chronische Erkrankung, ist die 03100 nicht berechnungsfähig.

Erneute Abrechnung (Folgequartale)

Eine erneute Abrechnung ist unter Berücksichtigung der Anmerkungen möglich, wenn:

Zwischen der letzten und der aktuellen Abrechnung **mehr als ein**, aber **nicht mehr als drei Quartale** ohne persönlichen Kontakt liegen.

Werden diese Zeiträume überschritten, müssen die Voraussetzungen für die Erstberechnung erneut vollständig erfüllt sein.

Die GOP 03100 ist bei Erfüllung der vorher genannten Voraussetzungen und bei Vorliegen einer der im Folgenden genannten gesicherten Diagnosen gemäß ICD-10 GM zu berechnen:

- Hypothyreose oder Autoimmunthyreoiditis: E03.0, E03.1, E03.4, E03.8, E03.9, E06.3
- Störungen des Lipoproteinstoffwechsels oder sonstige Lipidämien: E78.0, E78.2, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8-, E78.9
- Essentielle (primäre) Hypertonie ohne Vorliegen einer hypertensiven Krise: I10.0(0), I10.9(0)
- Idiopathische Gicht: M10.0-

Die Versorgungspauschale (GOP 03100) ist analog zur Versichertenpauschale nach dem Alter differenziert und für die zwei folgenden Altersgruppen vorgesehen:

- **GOP 03103 - Versorgungspauschale für Patienten im Alter von 18-54 Jahren:** 45,36 Euro (365 Punkte)
- **GOP 03104 - Versorgungspauschale für Patienten im Alter von 55-75 Jahren:** 51,34 Euro (403 Punkte)

Diese sind im Quartal **nur von einer Vertragsarztpraxis** und im **Folgequartal** durch **keine andere Vertragsarztpraxis** berechnungsfähig. Bei zweimaliger Berechnung im Krankheitsfall muss mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Krankheitsfall stattgefunden haben.

Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung (Abschnitt 3.2.4), palliativmedizinischen Versorgung (Abschnitt 3.2.5) sowie aus Kapitel 37 (Kooperations- und Koordinationsleistungen Pflegeheim, palliativmedizinische Versorgung, Patienten mit psychiatrischen und psychotherapeutischen Betreuungsbedarf, Außerklinische Intensivpflege, Long-COVID) sowie das problemorientierte ärztliche Gespräch (GOP 03230) bleiben neben der Versorgungspauschale im Behandlungsfall und im Folgequartal berechnungsfähig, da sich der Gesundheitszustand des Patienten im Laufe des Halbjahres verändern kann. Die Versichertenpauschale kann wie bisher durch andere Vertragsarztpraxen im selben und/oder Folgequartal ohne Abschläge berechnet werden, z. B. im Vertretungsfall.

Der Verwaltungskomplex (GOP 01430) ist im aktuellen Quartal sowie auch im Folgequartal nicht neben der Versorgungspauschale berechnungsfähig.

Neu: Die Chronikerpauschalen nach der GOP 03220/03221 können im Laufe desselben Quartals und im Folgequartal nicht durch andere Hausärzte berechnet werden, wenn eine andere Vertragsarztpraxis bereits die Versorgungspauschale berechnet hat.

Für Patienten, die dennoch eine intensivere Betreuung benötigen, besteht die Möglichkeit, einen Zuschlag zu berechnen, wenn im Folgequartal erneut ein Arzt-Patienten-Kontakt oder eine Videosprechstunde erfolgt. Dieser **Zuschlag** kann für **maximal acht Prozent der Behandlungsfälle** ange-setzt werden (bei einem Ergebnis keiner ganzzahligen Fallzahl wird kaufmännisch gerundet).

Der Zuschlag (**GOP 03110**) im Folgequartal der Berechnung der Versorgungspauschale für Patienten mit intensivem Betreuungsbedarf ist analog zur Versorgungspauschale nach dem Alter differenziert.

- **GOP 03113 - Zuschlag ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr:** 19,37 Euro (152 Punkte)

- **GOP 03114** - Zuschlag ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr: 22,04 Euro
(173 Punkte)

Diese sind einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig, höchstens zweimal im Krankheitsfall.

Vorhaltepauschale bei Patienten mit Versorgungspauschale: GOP 03043 bis 03045

Für Patienten, bei denen der Hausarzt eine Versorgungspauschale berechnet, werden die drei GOP 03043 bis 03045 eingeführt. Sie wurden unter Berücksichtigung der seit 1. Januar 2026 geltenden neuen Vergütungssystematik der Vorhaltepauschale (GOP 03040 sowie Zuschlags-GOP 03041 und 03042) für den Zeitraum der Versorgungspauschale, d. h. für zwei Quartale, ausgestaltet. Das bedeutet:

GOP 03043 - Zuschlag zur Versorgungspauschale

- einmal im Behandlungsfall, höchstens zweimal im Krankheitsfall, 179 Punkte

Abhängig von der Größe der Praxis erfolgt ein Bewertungsauf- oder -abschlag:

- bei weniger als 400 Behandlungsfällen je Vollzeit tätigem Hausarzt: Abschlag von 18 Punkten
- bei mehr als 1.200 Behandlungsfällen je Vollzeit tätigem Hausarzt: Aufschlag von 13 Punkten

Die Abschlagsregelung (40 Prozent) für Hausarztpraxen, die weniger als 10 Schutzimpfungen (Anlage 1 der Schutzimpfungsrichtlinie des G-BA) im Quartal durchführen gilt auch für die GOP 03043.

Ausnahmeregelung: Von der Abschlagsregelung ausgenommen sind diabetologische Schwerpunktpraxen, HIV-Schwerpunktpraxen und Substitutionspraxen (Definition analog der Ausnahmeregelung bei der GOP 03040)

Gestaffelter Zuschlag zur Vorhaltepauschale:

- **GOP 03044** bei Erfüllung von mindestens 2 und weniger als 8 Kriterien: 14 Punkte
- **GOP 03045** bei Erfüllung von mindestens 8 Kriterien: 42 Punkte

Ausnahmeregelung: Für diabetologische Schwerpunktpraxen, HIV-Schwerpunktpraxen und Substitutionspraxen (bei mehr als 20 % der Patienten - Definition analog der Ausnahmeregelung bei der GOP 03040 bzw. 03043) ist die **GOP 03044 ohne die Erfüllung einer Mindestanzahl von Kriterien berechnungsfähig**. Die Berechnung der GOP 03045 ist für diese Praxen bei Erfüllung der Mindestanzahl von acht Kriterien gemäß der Leistungslegendierung möglich. Die Zuschläge für diese Praxen sind durch die KV bundeseinheitlich mit dem Buchstabensuffix „S“ zu kennzeichnen.

Für Patienten, bei denen im Folgequartal der Berechnung der Versorgungspauschale aufgrund des intensiven Betreuungsbedarfs die GOP 03110 berechnet wird, werden die GOP 03046 bis 03048 als Zuschläge aufgenommen:

- **GOP 03046** als Zuschlag zur GOP 03110 im Folgequartal der Berechnung der GOP 03043: 77 Punkte
- **GOP 03047** als Zuschlag zur GOP 03046 im Folgequartal der Berechnung der GOP 03044: 6 Punkte
- **GOP 03048** als Zuschlag zur GOP 03046 im Folgequartal der Berechnung der GOP 03045: 18 Punkte

Analoge Regelungen für Zu- oder Abschläge, die sich auf die GOP 03043 beziehen, wurden für die GOP 03046 nicht vereinbart (Mindestanzahl Impfungen, Praxisgröße, Videosprechstunde).

Für die **Dokumentation und Berücksichtigung von Behandlungsfällen im Folgequartal** der Berechnung der GOP 03100 wird die **GOP 88230** aufgenommen. Diese gilt als Kennzeichnung zur Fallzählung und muss von der jeweiligen **Arztpraxis gesetzt werden sobald die Versichertenkarte im Quartal eingelesen wird.**

Findet im Quartal der Kontakt **ausschließlich in der Videosprechstunde** statt, ist der Behandlungsfall mittels der **GOP 88220** zu kennzeichnen. Zusätzlich ist die **GOP 01450** (Technikzuschlag) bei allen Videosprechstunden / Kontakten im Rahmen der Videosprechstunde beziehungsweise Videofallkonferenzen anzugeben.

Die Vorhaltepauschale und alle Zuschläge werden wie bisher durch die Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

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

www.kbv.de/984706



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



<https://www.kvsaarland.de/kb/merkblaetter>



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.