

# Abrechnung

Rundschreiben der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland

Anlage zu Ausgabe 1/2024  
– Februar 2024

## Inhalt

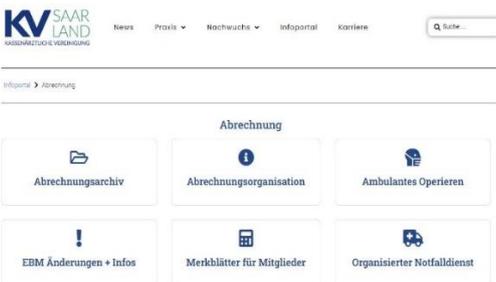
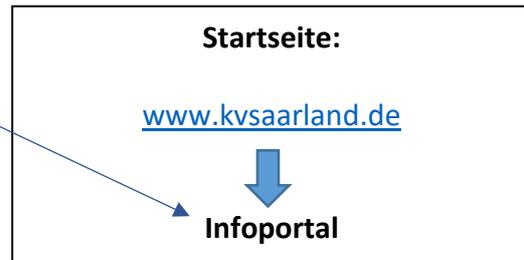
1. Das Infoportal der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung	2
2. Angepasster COVID-19-Impfstoff von Novavax	3
3. Erkrankung eines Kindes: Detailänderung im EBM zur Kostenpauschale für den Versand der ärztlichen Bescheinigung	3
4. Genotypisierung vor Behandlung mit Camzyos®	4
5. Externe elektrische Kardioversion - Aufnahme der GOP 04421 und 13552 in den EBM	4
6. Digitale Gesundheitsanwendungen: DiGA „companion patella“ bei Knieschmerz – DIGA „Orthopy bei Knieverletzungen“	5
7. GOP 30780 und 30781 für schmerztherapeutisch tätige Ärzte	5
8. Höherbewertung der Dialysesachkosten ab Januar 2024	5
9. Klarstellung: Kombination psychoanalytisch begründeter Verfahren bei Einzel und Gruppentherapie möglich	6
10. Neue Leistungen für die Nachbeobachtung nach Prozeduren außerhalb Kapitel 31-Überwachung nach Entlastungspunktion und Kardioversion	7
11. Aufnahme einer neuen Leistung nach der Gebührenordnungsposition 01522 in den Abschnitt 1.5	7
12. Streichung der Gebührenordnungsposition 01744 im Abschnitt 1.7.2 EBM	8
13. EBM-Anpassungen für die Medikamente Pombiliti® und Elfabrio®	8
14. Neue GOP 30326 und 33105 zur Anwendung von Hemgenix® bei Hämophilie	9
15. Neuer AOP-Vertrag nach § 115b SGB V	10
16. Weitere Änderungen im Rahmen der Förderung der Ambulantisierung	11
17. Abrechnung von Simultaneingriffen	12
18. Ultraschalldiagnostik in der Schwangerschaft: BA passt Abrechnungsausschlüsse an	12
19. Verordnungen per Videosprechstunde: EBM wird zum 1. Januar angepasst	13
20. Quartalsabrechnung – folgende SKT-Unterlagen müssen nicht mehr bei der Online-Abrechnung in Papierform eingereicht werden	14

## Anlagen:

- **Merkblatt: Sonstige Kostenträger**
- **Sonderrundschreiben: Wichtige Informationen zur Honorarverteilung zum 01.01.2024**

## 1. Das Infoportal der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung

Damit Sie Informationen einfacher finden, haben wir auf unserer Homepage ein Infoportal erstellt. Hier finden Sie u.a. Informationen zum Thema Abrechnung, sowie Verlinkungen auf verschiedene Veröffentlichungen, z.B. Fax-News, KVS aktuell, Sonderrundschreiben.



Hier finden Sie Informationen zu den einzelnen Themen im Fachbereich Abrechnung sowie Informationen zur Organisation der Quartalsabrechnung.



## 2. Angepasster COVID-19-Impfstoff von Novavax

Der neue Impfstoff konnte nach Informationen des Zentrums für Pandemie-Impfstoffe und -Therapeutika am Paul-Ehrlich-Institut (ZEPI) erstmals für die Woche ab 11. Dezember angefordert werden.

Der an die **XBB-Varianten angepasste** Impfstoff Nuvaxovid® XBB.1.5 ist für Personen ab 12 Jahren zugelassen und kann zur Grundimmunisierung und für Auffrischimpfungen eingesetzt werden.

Impfungen mit dem Impfstoff Nuvaxovid® XBB.1.5 werden mit der **Pseudoziffer 88344** und den **entsprechenden Suffixen abgerechnet**: erste Impfung **88344A**, zweite Impfung **88344B** und dritte sowie weitere Impfung **88344R**. Im Praxisverwaltungssystem (PVS) steht zunächst noch als Text „Impfstoff Nr. 14“; voraussichtlich zum Quartalswechsel steht ein PVS-Update zur Verfügung, das den angepassten Text enthält. Das Impf-DokuPortal für die Meldung der Impfungen ist bereits entsprechend ergänzt.

Weitere Informationen finden Sie unter:

[https://www.kbv.de/html/1150\\_66638.php](https://www.kbv.de/html/1150_66638.php)



## 3. Erkrankung eines Kindes: Detailänderung im EBM zur Kostenpauschale für den Versand der ärztlichen Bescheinigung

Im Dezember wurde festgelegt, dass die ärztliche Bescheinigung eines erkrankten Kindes auch nach telefonischer Anamnese möglich ist und Praxen die Kostenpauschale für den Versand des Formulars „Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes“ (Muster 21) berechnen können. Der Bewertungsausschuss (BA) hat dazu eine Detailänderung im EBM beschlossen, die rückwirkend ab **18. Dezember 2023** gilt.

Demnach wird die dritte Anmerkung zur Gebührenordnungsposition (GOP) 01435 für die Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale im Abschnitt 1.4 ergänzt. Dort ist nun auch die Kostenpauschale 40129 für den Versand der oben genannten Bescheinigung aufgeführt. Damit wird die Nebeneinanderberechnung der Kostenpauschale 40129 und der GOP 01435 ermöglicht. Die Kostenpauschale 40128 für den Versand der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an Patienten war bereits in der Anmerkung enthalten.

Der aktuelle Beschluss ist bis zum **30. Juni 2024 befristet**.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Beschluss unter:

[https://www.kbv.de/html/beschluesse\\_des\\_ba.php](https://www.kbv.de/html/beschluesse_des_ba.php)



#### 4. Genotypisierung vor Behandlung mit Camzyos®

Die Anwendung von Camzyos® bei symptomatischer hypertropher obstruktiver Kardiomyopathie (NYHA-Klasse II–III) setzt gemäß der aktuell gültigen Fachinformation vor Behandlungsbeginn die Identifikation von Patienten mit dem Phänotyp „langsamer CYP2C19-Metabolisierer“ voraus.

Für die Genotypisierung auf das Vorliegen der Allele CYP2C19\*2 und CYP2C19\*3 wurde zum **1. Januar 2024 die extrabudgetäre GOP 32869 (bewertet mit 82€) neu in den Abschnitt 32.3.14 EBM aufgenommen.**

- **GOP 32869: Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2C19-Metabolisierungsstatus vor der Gabe von Mavacamten bei symptomatischer hypertropher obstruktiver Kardiomyopathie (NYHA-Klasse II–III)**

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Beschluss unter:  
[https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2024-01-19\\_ba704.pdf](https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2024-01-19_ba704.pdf)



#### 5. Externe elektrische Kardioversion - Aufnahme der GOP 04421 und 13552 in den EBM

Mit Wirkung zum 1. Januar wurden die Gebührenordnungsposition (GOP) **04421** in den Abschnitt 4.4.1 (GOP der Kinder-Kardiologie) und die **GOP 13552** in den Abschnitt 13.3.5 (Kardiologische GOP) für die **externe elektrische Kardioversion neu in den EBM aufgenommen.**

Die im Zusammenhang mit der externen elektrischen Kardioversion durchgeführte Analgesie und/oder Sedierung kann entweder von dem die Kardioversion vornehmenden Arzt durchgeführt werden oder von einem Facharzt für Anästhesiologie, dieser kann hierfür die GOP 05310 und die GOP 05341 abrechnen.

Für die im Zusammenhang mit der Kardioversion durchgeführte Beobachtung und Betreuung sind die neuen GOP 01501 (Beobachtung und Betreuung eines Patienten im unmittelbaren Anschluss an eine Leistung gemäß Anhang 8) und die GOP 01503 (Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01501 bei Fortsetzung der Beobachtung und Betreuung und/oder Zusatzpauschale für die weitere Beobachtung und Betreuung gemäß Anhang 8) des Abschnitts 1.5 EBM berechnungsfähig.

Die Vergütung der Leistungen der Gebührenordnungspositionen 04421 und 13552 sowie der im Zusammenhang mit der Kardioversion durchgeführten Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 05310, 05341, 33022 und 33023 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen. Deshalb sind die im Zusammenhang mit der Kardioversion durchgeführten Leistungen durch den Arzt entsprechend mit dem bundeseinheitlichen **Suffix „E“** zu kennzeichnen.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Beschluss unter:  
[https://www.kbv.de/html/beschluesse\\_des\\_ba.php](https://www.kbv.de/html/beschluesse_des_ba.php)



## 6. Digitale Gesundheitsanwendungen: DiGA „companion patella“ bei Knieschmerz – DIGA „Orthopy bei Knieverletzungen“

Die Webanwendung „companion patella“ zur Anwendung bei Patientinnen und Patienten mit vorderem Knieschmerz im Alter von 14 bis 65 Jahren wurde im Oktober 2021 vorläufig zur Erprobung in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen und ist nach mehrfacher Verlängerung des Erprobungszeitraums seit Anfang Oktober 2023 dauerhaft dort gelistet.

Zum 1. Januar 2024 werden die Abrechnungs- und Vergütungsregelungen im EBM für „companion patella“ angepasst. Damit wird für diese DiGA eine neue GOP in den Abschnitt 1.4 des EBM aufgenommen:

- **GOP 01477:** Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der DiGA „companion patella“ ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig und mit 64 Punkten bewertet.

Die Vergütung der Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 01477 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung wird grundsätzlich auf zwei Jahre befristet.

Zusätzlich wurde im September 2023 die DiGA „Orthopy bei Knieverletzungen“ in der DiGA-Vereinbarung (Anlage 34 BMV-Ärzte) aufgenommen. Diese ist mit der **Ziffer 86700** abzurechnen.

## 7. GOP 30780 und 30781 für schmerztherapeutisch tätige Ärzte

Außerdem hat der BA eine Klarstellung zu zwei weiteren GOP vorgenommen. Konkret handelt es sich um die GOP 30780 (Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA „somnio“) und 30781 (Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA „Vivira“). **Für diese beiden GOP wird nun klargestellt, dass sie nur von Vertragsärzten berechnet werden können, die über eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen.** Die Klarstellung erfolgt in Form einer neunten Bestimmung zum Abschnitt 30.7 EBM.

Weitere Informationen finden Sie unter:

[https://www.kbv.de/html/beschluesse\\_des\\_ba.php](https://www.kbv.de/html/beschluesse_des_ba.php)



## 8. Höherbewertung der Dialysesachkosten ab Januar 2024

Der Bewertungsausschuss hat eine Überprüfung der Kostenpauschalen des Abschnitts 40.14 EBM (Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren) vorgenommen. **Als Ergebnis werden zum 01.01.2024 die Bewertungen der Kostenpauschalen 40815 bis 40819 und 40823 bis 40838 zum 1. Januar 2024 um 3,85 Prozent erhöht.**

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Beschluss unter:

[https://www.kbv.de/html/beschluesse\\_des\\_ba.php](https://www.kbv.de/html/beschluesse_des_ba.php)



## 9. Klarstellung: Kombination psychoanalytisch begründeter Verfahren bei Einzel- und Gruppentherapie möglich

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Analytische Psychotherapie können im Rahmen einer Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie miteinander kombiniert werden. Das hat der Unterausschuss Psychotherapie und psychiatrische Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) klargestellt.

Nach der Psychotherapie-Richtlinie gelten Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Analytische Psychotherapie als (jeweils eigene) psychoanalytisch begründete Psychotherapieverfahren. Die Richtlinie legt zwar fest, dass die drei anerkannten Behandlungsformen (psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie) nicht kombinierbar sind, da dies zu einer Verfremdung der methodenbezogenen Eigengesetzlichkeit des therapeutischen Prozesses der verschiedenen Verfahren führen kann. **Beide psychoanalytisch begründeten Psychotherapieverfahren können jedoch in einer Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie miteinander kombiniert werden.**

**Aus fachlicher Sicht betrifft die Kombination** der beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren insbesondere Kombinationsbehandlungen, **in denen die Einzel- und die Gruppentherapie von zwei verschiedenen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten durchgeführt werden soll.** Bei der Behandlungsplanung sollte auf eine sinnvolle Abstimmung der jeweiligen Modifikationen der beiden Verfahren geachtet und im Gesamtbehandlungsplan vermerkt werden.

Erfolgt die Behandlung durch zwei Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten können auf dem Formblatt PTV 2 beide Psychotherapieverfahren angekreuzt werden.

Die Kontingente richten sich im jeweiligen Bewilligungsschritt nach demjenigen Verfahren aus, dessen Anwendungsform (Setting) überwiegend durchgeführt wird. Bei der Beantragung sind die Höchstgrenzen nach §§ 29 und 30 Psychotherapie-Richtlinie auch innerhalb der Bewilligungsschritte für das jeweilige Setting zu beachten:

Im Bereich der Erwachsenentherapie sind hierbei unterschiedliche Kontingente der Analytischen und Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie zu berücksichtigen (s. Anwendungsbeispiel). Eine Therapieeinheit entspricht dabei 50 Minuten in einer Einzelbehandlung und 100 Minuten in einer Gruppenbehandlung.

Beispiel: Zwei Psychotherapeuten kombinieren für die Behandlung von Erwachsenen eine Analytische Psychotherapie als Einzeltherapie (überwiegendes Setting) mit Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie als Gruppentherapie. Bei einer fortschreitenden Beantragung mit Kurzzeittherapie (KZT) und anschließender Langzeittherapie (LZT, zunächst als Umwandlungs- dann als Fortführungsantrag) wären beispielsweise folgende Therapieeinheiten möglich:

Kombinationsbehandlung Erwachsene KZT1 → KZT2 → LZT → LZT

Psychotherapeutin A: **Analytische Psychotherapie** als **Einzeltherapie** (überwiegendes Setting) 7 +7 +86 +120

Psychotherapeutin B: **Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie** als **Gruppentherapie** 5 +5 +50 +20

## 10. Neue Leistungen für die Nachbeobachtung nach Prozeduren außerhalb Kapitel 31- Überwachung nach Entlastungspunktion und Kardioversion

Mit der Ambulantisierung werden immer mehr Prozeduren ambulant durchgeführt, für die im Anschluss eine Nachbeobachtung und Überwachung des Patienten erforderlich ist. Auch für Verfahren außerhalb Kapitel 31 EBM soll künftig die Möglichkeit der gesonderten Abrechnung bestehen. Dafür werden ein **neuer Anhang 8 zum EBM** und **vier neue GOP** in den EBM aufgenommen:

- **GOP 01500** (101 Punkte / 12,05 Euro): Beobachtung eines Patienten in unmittelbarem Anschluss an eine Leistung aus Spalte 1 des Anhangs 8
- **GOP 01501** (141 Punkte / 16,83 Euro): Beobachtung und Betreuung eines Patienten in unmittelbarem Anschluss an eine Leistung aus Spalte 1 des Anhangs 8
- **GOP 01502** (70 Punkte / 8,35 Euro je 30 Minuten): **Zuschlag zur GOP 01500** bei Fortsetzung der Beobachtung und/oder Zusatzpauschale für die weitere Beobachtung gemäß Anhang 8
- **GOP 01503** (107 Punkte / 12,77 Euro je 30 Minuten): **Zuschlag zur GOP 01501** bei Fortsetzung der Beobachtung und Betreuung und/oder Zusatzpauschale für die weitere Beobachtung und Betreuung gemäß Anhang 8.

Ab Januar 2024 können zunächst für die Entlastungspunktion unter Gewinnung von mindestens 250 ml Ascites-Flüssigkeit (GOP 02341) die GOP 01500 und 01502 für die Nachbeobachtung berechnet werden. Für die Nachbeobachtung und Betreuung nach einer Kardioversion (GOP 04421 oder 13552) sind die GOP 01501 und 01503 berechnungsfähig.

### Hinweise Abrechnung

Sowohl die GOP 01500 und 01501 als auch die Zuschläge 01502 und 01503 sind 30-Minuten-getaktet. Die GOP 01500 und 01501 sind jeweils 1-mal am Behandlungstag, die GOP 01502 und 01503 sind bis zu 7-mal berechnungsfähig. Der Höchstwert der Gesamtüberwachungszeit beträgt bei der Entlastungspunktion und bei der Kardioversion 4 Stunden.

Die Abrechnung der GOP 01500 und 01502 sowie der GOP 01501 und 01503 erfolgt gemäß der Regelung im Anhang 8 EBM. Die Vergütung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01500 bis 01503 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Beschluss unter:  
<https://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>



## 11. Aufnahme einer neuen Leistung nach der Gebührenordnungsposition 01522 in den Abschnitt 1.5

Zu den neuen Eingriffen im AOP-Katalog gehören therapeutische Herzkatheter Untersuchung. Vertragsärzte konnten solche Stentimplantationen in die Koronargefäße (GOP 34291 und 34292) bereits in der Vergangenheit ambulant durchführen und nach EBM abrechnen.

Neu ist, dass die postoperative Nachbeobachtung nun nicht mehr mindestens 12 Stunden erfolgen muss, um eine Vergütung zu erhalten. **Bei einer Überwachungszeit von mindestens 6 Stunden können Ärzte die neue GOP 01522 abrechnen.**

### **Nachbeobachtung**

Mehr als 6 Stunden: GOP 01522 (1307 Punkte)

Mehr als 12 Stunden: GOP 01521 (1521 Punkte)

### **Extrabudgetäre Vergütung**

Alle Koronarangiographien (GOP 34291 und 34292) und die Nachbeobachtung bei einer Stentimplantation (GOP 01521 und 01522) sollen extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet werden.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Beschluss unter:  
[https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2023-12-06\\_ba693\\_3.pdf](https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2023-12-06_ba693_3.pdf)



## **12. Streichung der Gebührenordnungsposition 01744 im Abschnitt 1.7.2 EBM**

Die zum 1. Oktober 2021 in den EBM aufgenommene Gebührenordnungsposition (GOP) 01744 (Übergangsregelung Screening auf Hepatitis-B- und/oder auf Hepatitis-C Virusinfektion) wurde zum 01.01.2024 im EBM gestrichen.

Gemäß der GOP 01744 hatten demnach Versicherte ab dem vollendeten 35. Lebensjahr im Rahmen der Inanspruchnahme einer allgemeinen Gesundheitsuntersuchung, der GOP 01732, einmalig Anspruch auf ein Screening auf eine Hepatitis-B-Virusinfektion und einmalig auf ein Screening auf eine Hepatitis-C-Virusinfektion.

Weiterhin berechnungsfähig bleibt die GOP 01734 (Zuschlag zur GOP 01732 - Screening auf Hepatitis-B- und/oder auf Hepatitis-C-Virusinfektion). Diese ist analog zu der GOP 01744 für Versicherte ab dem vollendeten 35. Lebensjahr einmalig berechnungsfähig.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Beschluss unter:  
[https://www.kbv.de/html/beschluesse\\_des\\_ba.php](https://www.kbv.de/html/beschluesse_des_ba.php)



## **13. EBM-Anpassungen für die Medikamente Pombiliti® und Elfabrio®**

Der Bewertungsausschuss (BA) hat Beschlüsse zur Anpassung des EBM zum 1. Januar 2024 gefasst, über die wir Sie informieren möchten. Sie betreffen den Einsatz der Medikamente Cipaglucosidase alfa (Handelsname Pombiliti®) und Pegunigalsidase alfa (Handelsname Elfabrio®).

### **Pombiliti®**

Die Behandlung mit den Wirkstoffen Alglucosidase alfa und Avalglucosidase alfa bei Morbus Pompe ist bereits Leistungsinhalt der GOP 01510 bis 01512 (Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung) im EBM-Abschnitt 1.5. **Zum 1. Januar 2024 werden diese Wirkstoffe im zweiten Spiegelstrich der Leistungslegende gestrichen und durch den übergreifenden Terminus „einer Enzyersatztherapie“, der alle zugelassenen Wirkstoffe bei Morbus Pompe umfasst, ersetzt.**

Für die Behandlung mit Alglucosidase alfa bei Morbus Pompe sind weiterhin nur die GOP 01510 und 01511 berechnungsfähig, da die zweite Anmerkung im Wortlaut bestehen bleibt.

## **Elfabrio®**

Ein weiterer Beschluss betrifft das Arzneimittel Pegunigalsidase alfa (Handelsname: Elfabrio®). Es kann für eine langfristige Enzyersatztherapie bei Erwachsenen mit bestätigter Morbus Fabry Diagnose (Mangel an  $\alpha$ -Galaktosidase) angewendet werden. Für die Infusion (Erstinfusion mindestens drei Stunden, Erhaltungsinfusion mindestens 1,5 Stunden) und anschließende Überwachung auf infusionsbedingte Reaktionen können ab 1. Januar 2024 die GOP 01540 bis 01542 „Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter Behandlung mit Arzneimitteln, einschließlich Infusionen“ berechnet werden. Der Wirkstoff Pegunigalsidase alfa wurde hierfür in den ersten Spiegelstrich des obligaten Leistungsinhaltes aufgenommen.

Durch die Ergänzung der GOP 01540 bis 01542 um das Arzneimittel verlängert sich die Frist für die Empfehlung zur extrabudgetären Vergütung um vier Quartale und wird auf den 31. März 2026 festgesetzt.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Beschluss:  
[https://www.kbv.de/html/beschluesse\\_des\\_ba.php](https://www.kbv.de/html/beschluesse_des_ba.php)



## **14. Neue GOP 30326 und 33105 zur Anwendung von Hemgenix® bei Hämophilie**

Etranacogen dezaparvovec (Hemgenix®) wird zur Behandlung von Hämophilie B bei Erwachsenen angewendet.

Für die intravasale Infusionstherapie mit Etranacogen dezaparvovec und die anschließende Beobachtung und Betreuung mit einer Dauer von mehr als 4 Stunden wurde zum 1. Januar 2024 im EBM-Abschnitt 30.3.3 „Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien“ die extrabudgetäre **GOP 30326 aufgenommen**. Die Berechnung der GOP 30326 setzt die Angabe der Begründung der erforderlichen Überwachung gemäß der jeweils aktuell gültigen Fachinformation (z. B. Dosierung, Dosisanpassung, Körpergewicht) und der Überwachungsdauer voraus (Feldkennung „5009“ freier Begründungstext).

Gemäß der Fachinformation ist zudem im Vorfeld die Beurteilung der Leber zur Indikationsstellung einer Therapie notwendig. Die sonographische Untersuchung und die elastographische Bewertung der Leber sind über die **neue extrabudgetäre GOP 33105** im Kapitel 33 abgebildet. Sofern in derselben Sitzung die Durchführung einer Sonographie **weiterer Organe des Abdomens erfolgt und mit der GOP 33042** berechnet wird, ist ein Abschlag von 70 Punkten auf die GOP 33042 vorzunehmen. Hierfür wird **das Suffix „A“** angesetzt (GOP 33042A).

**Die GOP 30326 ist nur einmalig berechnungsfähig, da die aktuell gültige Fachinformation nur eine einmalige Anwendung des Wirkstoffs vorsieht. Beide GOP werden zunächst extrabudgetär finanziert.**

GOP	Bezeichnung der Leistung	Hinweis	Bewer- tung
30326	Intravasale Infusionstherapie mit Etranacogen dezaparvovec 4h	KV-Genehmigung* gemäß ATMP-Qualitätssicherungs-RL zur Durchführung von Gentherapien bei Hämophilie erforderlich. Abrechnung ist erst ab Inkrafttreten der Anlage 4 der Richtlinie möglich.	625 Punkte
33105	Beurteilung der Leber zur Indikationsstellung einer Therapie mit Etranacogen dezaparvovec	Bis zum 30. September 2024 ist eine bestehende Genehmigung notwendig, die zur Abrechnung der GOP 33042 berechtigt. Ab dem 1. Oktober 2024 ist eine aktualisierte Genehmigung auf Basis einer angepassten Ultraschall-Vereinbarung erforderlich.	440 Punkte

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Beschluss unter:  
[https://www.kbv.de/media/sp/EBM\\_2024-01-01\\_BA\\_699\\_BeeG\\_Hemgenix.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/EBM_2024-01-01_BA_699_BeeG_Hemgenix.pdf)



## 15. Neuer AOP-Vertrag nach § 115b SGB V

Zum 1. Januar 2024 ist ein neuer AOP-Vertrag in Kraft getreten. Neben einer Erweiterung der Schweregradsystematik (§ 10) einschließlich einer neu aufgenommenen Anlage 3 (Liste Frakturzuschläge) wurden weitestgehend nur redaktionelle Anpassungen vorgenommen.

- **Der AOP-Katalog wurde um 171 neue OPS erweitert, davon wurden 100 OPS in den Abschnitt 1 und 71 OPS in den Abschnitt 2 aufgenommen.**

Die neuen OPS-Kodes sind darin gelb markiert. Anpassungen bei Leistungen, die bereits vor Januar 2024 Bestandteil des AOP-Katalogs waren, sind blau markiert. Besonders hervorzuheben ist die Aufnahme der invasiven Kardiologie (Stentimplantation in Koronargefäße) mit den GOP 34291 + 34292 sowie 01522 in den Abschnitt 2 des AOP-Katalogs.

- **Die Schweregradsystematik wurde um Zuschläge bei Frakturen erweitert**

Vertrags- und Klinikärzte erhalten einen Zuschlag von 20 Prozent auf die operative und konservative Versorgung von Frakturen. Die Zuschlagshöhe in Euro richtet sich nach der Bewertung der jeweiligen operativen Leistung (Zuschlag = 20 Prozent des Preises). In der Abrechnung geben Ärzte die entsprechende Pseudo-GOP an. **In einer neuen Anlage 3 zum AOP-Vertrag sind dazu alle OPS-Kodes mit der jeweiligen Zuschlagshöhe in Euro und der dazugehörigen GOP aufgelistet.**

Die Differenzierung nach Schweregraden wurden zum 1. Januar 2023 neu eingeführt. Ärzte erhalten seitdem für Rezidivoperationen einen Schweregradzuschlag, ab 2024 nun auch für Versorgung von Frakturen.

## 16. Weitere Änderungen im Rahmen der Förderung der Ambulantisierung

- **Anästhesie bei kleinchirurgischen Eingriffen**

Der AOP-Katalog wurde zum 1. Januar 2024 um OPS-Kodes für kleinchirurgische Eingriffe ergänzt, die teilweise nur in Narkose, Vollnarkose oder Allgemeinanästhesie durchgeführt werden können. Vor diesem Hintergrund wurden in einer neuen Nummer 13 in der Präambel 5.1 EBM ergänzende Anforderungen sowie Ausnahmeregelungen zur Berechnungsfähigkeit der Narkose aufgenommen. So können die Leistungen künftig auch abgerechnet werden, wenn der Eingriff nach § 115b SGB V erfolgt. **Die Regelung greift nur dann, wenn im Abschnitt 2 des AOP-Kataloges bei den jeweiligen OPS-Kodes in der Spalte Anmerkungen die entsprechenden GOP des Kapitels 5 EBM explizit aufgeführt sind.** Die ICD-Kodierung ist mit Begründung einer Narkose anzugeben.

**Wichtig:** Mit der Nummer 13 ändert sich nichts an den bisherigen Ausnahmeregelungen zur Abrechnung von Anästhesien bei Eingriffen nach Paragraph 115b SGB V. Bei operativen Leistungen außerhalb des Kapitels 31 EBM, die üblicherweise keine Narkose oder auch Analgosedierung erfordern, ist die Berechnung dieser Anästhesieformen ausgeschlossen. Ausnahmen hiervon werden in der Präambel zu Kapitel 5 des EBM, insbesondere in den Nummern 8 bis 10 geregelt. So ist es beispielsweise bisher bereits möglich gewesen, eine Koloskopie unter Narkose durchzuführen, wenn gemäß Nummer 10 der Präambel eine Kontraindikation für die Durchführung dieser endoskopischen Untersuchung unter Analgosedierung besteht. Die Bestimmungen der Nummern 8 bis 10 gelten fort.

- **Förderzuschläge für weitere Eingriffe**

Die zu Jahresbeginn 2023 eingeführten Förderzuschläge im Abschnitt 31.2.20 EBM werden jetzt auf weitere operative Eingriffe ausgeweitet. Für die neu geförderten OPS-Kodes wurde in die Spalte „Zuschlag Förderung“ im Anhang 2 EBM die entsprechende Zuschlags-GOP aufgenommen.

Weitere wichtige Informationen finden Sie unter:  
[https://www.kbv.de/html/ambulantes\\_operieren.php](https://www.kbv.de/html/ambulantes_operieren.php)



## 17. Abrechnung von Simultaneingriffen

Erfolgen mehrere operative Prozeduren unter einer Diagnose und/oder über einen gemeinsamen operativen Zugangsweg, so kann **nur der am höchsten bewertete Eingriff** berechnet werden.

Ein Simultaneingriff (Simultan-Operation) liegt dann vor, wenn mindestens zwei verschiedene, eigentlich eigenständige Operationen (unterschiedliche Diagnosen, unterschiedliche OPS-Nummern) in derselben Narkose erfolgen. Die berechnungsfähige Höchstzeit bei Simultaneingriffen entspricht der Summe der Zeiten der Einzeleingriffe.

Abweichend davon kann bei Simultaneingriffen (**zusätzliche, vom Haupteingriff unterschiedliche Diagnose und gesonderter operativer Zugangsweg**) die durch das OP- und/oder Narkoseprotokoll nachgewiesene Überschreitung der Schnitt-Naht Zeit des Haupteingriffes durch die zusätzliche Berechnung der entsprechenden **Zuschlagspositionen** berechnet werden.

Bei Revisionen und Zweiteingriffen wegen **Wundinfektionen oder postoperativen Komplikationen** ist unter Angabe des Erst-OP Datums, der aufgetretenen Komplikation und der ICD-10 Codierung (siehe hierzu EBM Band 2 Präambel Nr. 5!) ein erneuter Haupteingriff berechnungsfähig.

Grundsätzlich kann eine entsprechende Gebührenordnungsposition dann abgerechnet werden, wenn deren Leistungsinhalt vollständig erbracht wurde (Allgemeine Bestimmungen EBM Nr. 2.1.2 Unvollständige Leistungserbringung)

Weitere Infos hierzu: siehe EBM Band 2, 2.1 Präambel Nr.1-20 und EBM Band 1, Präambel 31.2.1 Nr. 1-9

## 18. Ultraschalldiagnostik in der Schwangerschaft: BA passt Abrechnungsausschlüsse an

Der Bewertungsausschuss (BA) hat die Abrechnungsausschlüsse im EBM bezüglich der Ultraschalldiagnostik in der Schwangerschaft neben Leistungen des Kapitels 33 (Ultraschalldiagnostik) zum 01. Januar 2024 angepasst.

Konkret können im Behandlungsfall neben den GOP zur Schwangerenbetreuung und zur weiterführenden sonographischen Diagnostik (GOP 01770 bis 01773) seit Januar 2024 die GOP 33042 (abdominelle Sonographie), die GOP 33043 (Uro-Genital-Sonographie), die GOP 33044 (Sonographie der weiblichen Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase) und die GOP 33081 (Sonographie weiterer Organe oder Organteile) einmal im Behandlungsfall berechnet werden (allerdings besteht ein Abrechnungsausschluss am gleichen Behandlungstag). Voraussetzung hierfür ist, dass diese Untersuchungen aus kurativem Anlass erfolgen und nicht am Embryo oder Fötus durchgeführt werden. Als Begründung für die Nebeneinanderberechnung ist der ICD-10-Kode mit Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit anzugeben.

Weitere Informationen finden Sie unter:  
[https://www.kbv.de/html/beschluesse\\_des\\_ba.php](https://www.kbv.de/html/beschluesse_des_ba.php)



## 19. Verordnungen per Videosprechstunde: EBM wird zum 1. Januar angepasst

Ärzte und Psychotherapeuten können seit Frühjahr dieses Jahres auch in der Videosprechstunde medizinische Rehabilitation verordnen sowie Folgeverordnungen für häusliche Krankenpflege und Heilmittel ausstellen. Infolgedessen wird der EBM zum 1. Januar 2024 angepasst. Leistungen, die im Zusammenhang mit diesen Verordnungen abgerechnet werden können, sind dann auch in der Videosprechstunde berechnungsfähig. Außerdem wird die Portopauschale 40128 erweitert.

### Verordnungen per Videosprechstunde

Ab 1. Januar sind die folgenden Gebührenordnungspositionen (GOP) auch in Behandlungsfällen berechnungsfähig, in denen kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, jedoch ein Kontakt in einer Videosprechstunde stattgefunden hat:

- **GOP 01420** für die Überprüfung der Notwendigkeit und Koordination der häuslichen Krankenpflege
- **GOP 01424** für die Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege
- **GOP 01611** für die Verordnung von medizinischer Rehabilitation
- Die **GOP 01613** ist bei der Beantragung einer geriatrischen Rehabilitation als Zuschlag zur GOP 01611 berechnungsfähig, sofern mindestens zwei Funktionstests gemäß der Rehabilitationsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) durchgeführt wurden. Zu der GOP 01613 wird eine Anmerkung aufgenommen, die klarstellt, dass die Berechnung in der Regel einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt erfordert.

### Portopauschale 40128

Der BA hat außerdem die Portopauschale 40128 erweitert. Ärzte und Psychotherapeuten können diese somit ab Januar ebenfalls abrechnen, wenn sie in der Videosprechstunde eine Verordnung auf Muster 12, 13 oder 61 ausstellen und dem Patienten zusenden.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Beschluss unter:

[https://www.kbv.de/html/1150\\_66950.php](https://www.kbv.de/html/1150_66950.php)

[https://www.kbv.de/html/beschluesse\\_des\\_ba.php](https://www.kbv.de/html/beschluesse_des_ba.php)



## **20. Quartalsabrechnung – folgende SKT-Unterlagen müssen nicht mehr bei der Online-Abrechnung in Papierform eingereicht werden**

Aus gegebenem Anlass möchten wir nochmal darüber informieren, welche SKT-Unterlagen nicht mehr in Papierform mit der Quartalsabrechnung einzureichen sind, sondern in der Praxis aufbewahrt werden müssen.

**Künftig wird die KVS die SKT-Unterlagen, die nicht mit der Abrechnung einzureichen sind, nicht wie bisher an Sie zurücksenden, sondern nach einer Frist von 4 Wochen datenschutzkonform vernichten. Die KVS ist nicht zur Aufbewahrung und Rücksendung der SKT-Unterlagen an Sie verpflichtet. Die Pflicht liegt in der Praxis die Unterlagen vorzuhalten. Sollten Sie, im Falle einer Anforderung durch den Kostenträger, Unterlagen nicht vorlegen können, müssen Sie mit entsprechenden Regressen durch den Kostenträger rechnen (z. B. Anforderung von Überweisungsscheinen der Bundeswehr zu Prüfzwecken).**

**Folgende SKT-Unterlagen werden nicht mehr in Papierform benötigt und verbleiben in Ihrer Praxis:**

- Postbeamtenkrankenkasse (seit 1/2004)
- Bundeswehr (seit 3/2009)
- Bundespolizei 27860 (seit 1/2011)
- KOV/BVG/BVFG/BEG (seit 1/2011)
- Sozialversicherungsabkommen (SVA) (seit 1/2011)
- Hanseatische Ersatzkasse (seit 2/2018)
- Konsiliarfälle/Hinzuziehungen (seit 4/2011)

**Folgende Unterlagen (Abrechnungsscheine) werden für die Abrechnung der Sonstigen Kostenträger in Papierform benötigt und müssen zusätzlich zur Online-Abrechnung eingereicht werden (siehe beiliegendes Merkblatt):**

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

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

## Abrechnungsmodalitäten

### Sonstige Kostenträger

Stand – 01.10.2023

Ansprechpartner: Anja Hammerschmidt / Andrea Wagner/ Kerstin Beilmann

VKNR	Sozialämter	Krankenbehandlungsschein <u>mit Arztstempel im Original</u> für Abrechnung erforderlich	Krankenbehandlungsschein <u>mit Arztstempel in 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
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 Arztstempel im 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
27860	Bundespolizei	nein	Versichertenkarte
94870	Bereitschaftspolizei Chemnitz	nein	Versichertenkarte
95870	Bereitschaftspolizei Dresden	nein	Versichertenkarte
96870	Bereitschaftspolizei Leipzig	nein	Versichertenkarte
VKNR	weitere SKT - Kostenträger	Krankenbehandlungsschein <u>mit Arztstempel im Original</u> für Abrechnung erforderlich	Besonderheiten
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 EHC 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)

# Sonderrundschreiben

## HVM-News

**Wichtige Informationen  
zur Honorarverteilung zum 01.01.2024**

## **Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabes der KV Saarland zum 01.01.2024**

Die Vertreterversammlung der KV Saarland hat im Rahmen ihrer Sitzung am 06.12.2023 mit anschließender schriftlicher Beschlussfassung Änderungen in der Anlage 7 HVM sowie redaktionelle Anpassungen und Streichungen im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) zum 01.01.2024 beschlossen. Die Krankenkassen haben zwischenzeitlich das Benehmen für die beschlossenen Änderungen hergestellt.

Zusammengefasst handelt es sich um folgende Änderungen:

- ▶ Verlängerung der Antragsfrist für die Anpassung der Praxisbudgets in Anlage 7 HVM
- ▶ Redaktionelle Anpassungen

Wir möchten Ihnen die beschlossenen Änderungen im Detail vorstellen:

- ▶ **HVM-Anpassung durch Verlängerung der Antragsfrist für die Anpassung der Praxisbudgets in Anlage 7 HVM**

Gemäß I. Punkt 2. der Anlage 7 HVM Kriterien für Ausnahmeregelungen im Zusammenhang mit Praxisbudgets werden zuerkannte Ausnahmeregelungen grundsätzlich ab dem Quartal berücksichtigt, in dem der Antrag gestellt wurde. Anträge, die spätestens mit der Abgabe der Quartalsabrechnung eingereicht werden, können davon abweichend auch bereits für das Quartal berücksichtigt werden, für das die Abrechnung eingereicht wurde.

Demnach muss der Antrag auf Anpassungen des Praxisbudgets spätestens mit Abgabe der Sammelerklärung abgegeben werden, ansonsten bleibt der Praxis lediglich ein Widerspruch gegen den Honorarbescheid für mögliche Anpassungen.

Um derartige Widersprüche zu verringern und die kürzere Bearbeitungszeit im Rahmen des Antragsverfahrens zu nutzen wird die Antragsfrist durch eine Modifizierung der Anlage 7 verlängert, so dass eine Einreichung bis zur Bekanntgabe des Honorarbescheids nach § 37 SGB X für das abgerechnete Quartal möglich ist. Dies verlängert die Antragsfrist um ca. 13 Wochen (für das 1. Quartal 2024 vom 10. April auf den 25. Juli 2024). Entscheidungen aus Anträgen werden i. d. R. für 4 Quartale ausgesprochen und finden somit Berücksichtigung im weiteren Verlauf der Honorarabrechnung.

## ► Redaktionelle Anpassungen

Neben der Anpassung der Antragsfrist werden im HVM enthaltene Regelungen zum Bereinigungskorrekturfaktor und dessen Bestandteile im Berechnungsschemata der Bereinigung der offenen Sprechstunde gestrichen. Desweiteren wird der direkte Quartalsbezugs durch den allgemeingültigen Begriff „Bereinigungsquartal“ im Wortlaut aktualisiert.

Ebenso wird der ergänzende Hinweis über die Vorgabe der für das 1. Quartal 2024 geltende Bereinigungsmenge der kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen aus der 682. Sitzung des Bewertungsausschusses aufgenommen.

Die zum **01.01.2024** gültige HVM-Fassung finden Sie wie gewohnt auf unserer Homepage [www.kvsaarland.de](http://www.kvsaarland.de) im Infoportal unter Honorar > Honorarverteilungsmaßstab > HVM 2024.

Bei Fragen zum HVM stehen Ihnen unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Fachbereichs Honorar/Kostenträger gerne zur Verfügung:

**☎ 0681-99837-0**  
honorar@kvsaarland.de

