

Abrechnung

Rundschreiben der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland

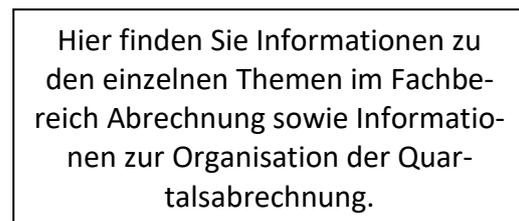
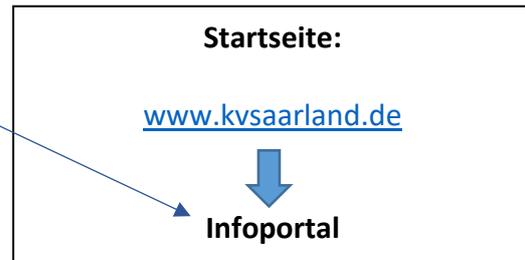
Anlage zu Ausgabe 4/2024
– Juli 2024

Inhalt

1. Das Infoportal der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung	2
2. Digitale Gesundheitsanwendungen: Vorläufige DiGA werden ab Juli etwas höher vergütet	3
3. EBM-Anpassungen für das Medikament Onpattro	3
4. Das Ersatzverfahren	4
5. Hybrid-DRG-Verordnung: Klarstellung zur Übergangsregelung für prä- und postoperative Leistung	5
6. Companion Diagnostik: Neue GOP für das Arzneimittel Orserdu im Abschnitt 19.4.4 EBM	7
7. Neues Zweitmeinungsverfahren ab Juli 2024	8
8. DiGA „Kranus Lutera“: Neue GOP 01478 für Verlaufskontrolle und Auswertung zum 1. Juli	9
9. Anpassungen des EBM im Zusammenhang mit dem ambulanten Operieren zum 1. Juli 2024	9
10. EBM-Anpassungen im Zusammenhang mit der Abrechnung von Leistungen des Abschnitts 2 des AOP-Katalogs	10
11. Aufnahme neuer Leistungen nach der GOP 01965 und der GOP 40162 EBM zum 1. Juli 2024	11
12. Neuerungen im Zusammenhang mit dem ambulanten Operieren: EBM zum 1. Juli angepasst	12
13. Systemische Therapie für Kinder und Jugendliche ab 1. Juli 2024	12

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.



2. Digitale Gesundheitsanwendungen: Vorläufige DiGA werden ab Juli etwas höher vergütet

Pauschale 86700 für vorläufige DiGA: Vergütung angehoben

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben sich darauf verständigt, die Bewertung der Pauschale 86700 von 7,12 Euro auf 7,64 Euro zum 1. Juli 2024 anzuheben.

Das entspricht der aktuellen Bewertung der GOP für ärztliche Tätigkeiten bei dauerhaft aufgenommenen DiGA, dessen Vergütung im EBM geregelt ist. Die vom BfArM bestimmten ärztlichen Tätigkeiten unterscheiden sich nicht zwischen vorläufig und dauerhaft aufgenommenen DiGA. Der Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) Anlage 34 wird entsprechend angepasst. Das ist derzeit für die Verlaufskontrollen beziehungsweise Individualisierungen für die DiGA „elona therapy Depression“, „ProHerz“ und „Orthopy bei Knieverletzungen“ möglich.

Für ärztliche Tätigkeiten, die das BfArM für DiGA bestimmt hat, die dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen wurden, erfolgt die Vergütung über den EBM, zum Beispiel über die GOP 01471 für die Verlaufskontrolle der DiGA „somnio“.

Fachgruppe gestrichen

Da derzeit keine DiGA für Kinder und Jugendliche vorläufig im Verzeichnis stehen, wurden die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung aus der Liste der berechnungsfähigen Fachgruppen gestrichen.

DiGA „Vitadio“: Entscheidung zur dauerhaften Aufnahme

KBV und GKV-Spitzenverband haben sich als Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses darauf verständigt, keine weiteren Vergütungsregelungen für die DiGA „Vitadio“ aufzunehmen, da das BfArM keine erforderlichen ärztlichen Tätigkeiten bestimmt hat. Das BfArM hatte im April die DiGA dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen, nachdem der erforderliche positive Nutzen nachgewiesen werden konnte.

3. EBM-Anpassungen für das Medikament Onpattro

Der Bewertungsausschuss (BA) passt den EBM zum 1. Juli 2024 für das Arzneimittel Patisiran (Handelsname Onpattro) an.

Onpattro wird zur Behandlung der hereditären Transthyretin-Amyloidose bei Erwachsenen mit Polyneuropathie der Stadien 1 oder 2 angewendet. Für die in der aktuell gültigen Fachinformation vorgesehene Infusion von 80 Minuten Dauer werden die Leistungslegende und der obligate Leistungsinhalt der Gebührenordnungsposition (GOP) 02102 „Intravasale Infusionstherapie“ um den Wirkstoff Patisiran ergänzt.

Für eine gemäß Fachinformation gegebenenfalls erforderliche Verlängerung der Infusionszeit mit einer Dauer von mindestens zwei Stunden kann anstelle der GOP 02102 die GOP 01540 „Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter Behandlung mit Arzneimitteln, einschließlich Infusionen“ berechnet werden. Hierfür wird Patisiran auch im obligaten Leistungsinhalt

zum Katalog nach den GOP 01540 bis 01542 ergänzt, zudem wird eine zweite Anmerkung zu diesem Katalog aufgenommen.

Extrabudgetäre Vergütung

Die GOP 02102 und 01540 werden extrabudgetär finanziert. Durch die Ergänzung um Patisiran verlängert sich für die GOP 02102 die Frist für die Empfehlung zur extrabudgetären Vergütung um fünf Quartale und wird auf den 30. Juni 2026 festgesetzt.

Die Frist für die Empfehlung zur extrabudgetären Vergütung der GOP 01540 bis 01542 wurde bereits durch die Aufnahme des Arzneimittels Pegunigalsidase alfa (Handelsname Elfabrio) zum 1. Januar 2024 verlängert und auf den 31. März 2026 festgesetzt (BA-Beschluss 698. Sitzung).

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Beschluss unter folgendem Link:

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



4. Das Ersatzverfahren

Grundsätzlich ist jeder Versicherte verpflichtet, vor Beginn der Behandlung seine elektronische Gesundheitskarte (eGK) vorzulegen. In einigen Situationen ist es jedoch nicht möglich eine elektronische Gesundheitskarte einzulesen. Sofern Sie keine Karte eingelese haben, müssen Sie bei der Abrechnung von ambulanten Originalfällen (Scheinart 00) bzw. von Mit-/Weiterbehandlungsfällen (Scheinart 24) hinter einer abgerechneten Leistung **zwingend einen der nachfolgend genannten Begründungstexte im vorgegebenen Wortlaut angeben** (Begründungsfeld; Feldkennung 5009):

- 1) KVK defekt
- 2) Lesegerät defekt
- 3) Kassenwechsel
- 4) Statuswechsel
- 5) Hausbesuch
- 6) Versichertennachweis liegt vor
(nur bei Vorlage eines Versichertennachweises der GKV oder nach Authentifizierung nach Anlage 4b BMV-Ä im Rahmen der Videosprechstunde)

Eine Honorierung dieser Behandlungsfälle kann nur erfolgen, wenn die Angaben exakt nach der oben vorgegebenen Form und Inhalt erfolgt. Bitte beachten Sie hierzu unbedingt die Hinweise in Ihrer Online-Testabrechnung.

Ersatzverfahren für Kinder bis drei Monate

Bei Kindern bis zum vollendeten dritten Lebensmonat, für die noch keine elektronische Gesundheitskarte (eGK) der Krankenkasse oder ein ersatzweiser Anspruchsnachweis vorliegt, wenden Vertragsarztpraxen ebenfalls das Ersatzverfahren an. Dazu werden folgende Daten erhoben:

- Bezeichnung der Krankenkasse, bei dem das Kind versichert ist
- Name und Geburtsdatum des versicherten Kindes
- Versichertenart

- Postleitzahl des Wohnorts
- Nach Möglichkeit die Versichertennummer des Kindes
(Auf Empfehlung der KV Saarland, die Versichertennummer des Elternteils, über die das Kind versichert sein wird)
- **Begründungstext: Versichertennachweis liegt vor im Begründungsfeld (Feldkennung 5009) bei der Quartalsabrechnung angeben**

Durch eine Unterschrift auf dem Abrechnungsschein (Vordruckmuster 5) ist von einem Elternteil zu bestätigen, dass das Kind gesetzlich krankenversichert ist. Dies gilt nicht für das Vordruckmuster 19 (Notfall-/Vertretungsschein), sofern es im Notfalldienst versendet wird.

Zusätzlich empfiehlt die KV Saarland den Versichertennachweis, alternativ die Anmeldung des Kindes bei der entsprechenden Krankenkasse in der Praxis aufzubewahren.

Ist das Einlesen der eGK bis zum Ende eines Quartals möglich, so kann dies unabhängig der Anwendung des Ersatzverfahrens erfolgen.

Eine Honorierung dieser Behandlungsfälle kann nur erfolgen, wenn die Angaben exakt nach der oben vorgegebenen Form und Inhalt erfolgt. Bitte beachten Sie die hierzu unbedingt die Hinweise in Ihrer online Testabrechnung.

Weitere Informationen zum Thema Ersatzverfahren finden Sie auch auf der Homepage der KBV und auf dem Merkblatt „Ersatzverfahren“ (bei den Links) auf der Homepage KV Saarland:

<https://www.kvsaarland.de/kb/ihre-quartalsabrechnung-bei-der-kv-saarland>

[https://www.kvsaarland.de/wp-content/uploads/2023/05/A4.3 Ersatzverfahren Neu 11.11.20.pdf](https://www.kvsaarland.de/wp-content/uploads/2023/05/A4.3_Ersatzverfahren_Neu_11.11.20.pdf)

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



5. Hybrid-DRG-Verordnung: Klarstellung zur Übergangsregelung für prä- und postoperative Leistung

Präanästhesiologische Untersuchung

Die KBV ist mit einem Beschlussentwurf zur Abrechnung der präanästhesiologischen Untersuchung nach der GOP 05310 im Zusammenhang mit den Hybrid-DRG an den GKV-Spitzenverband herangetreten. Anlass hierfür waren eingegangene Rückmeldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten.

Seitens des GKV-Spitzenverbandes wird diese im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit dem operativen Eingriff stehende Untersuchung durch eine am Eingriff beteiligte Fachgruppe im **Vergütungsumfang der Hybrid-DRG-Fallpauschale** gesehen. Somit besteht keine Möglichkeit der Abrechnung der GOP 05310 im Zusammenhang mit den Hybrid-DRG.

Regelungsbedarf konnte zweiseitig jedoch identifiziert werden, sofern der geplante Eingriff nicht durchgeführt werden kann und die präanästhesiologische Untersuchung im Zusammenhang mit einem OPS-Kode der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Verordnung erfolgt, der nicht Bestandteil des Anhang 2 zum EBM ist. Dazu erfolgen weitere Beratungen, um eine Abrechnungsmöglichkeit zu schaffen.

Präoperative Leistungen des Abschnitts 31.1

Hausärzte

In der dritten Bestimmung zum Abschnitt 31.1.1 EBM wurde festgelegt, dass die präoperativen Untersuchungen außerhalb jener Einrichtung erfolgen müssen, in der die Operation durchgeführt wird. Dies ist nicht passend, da es bei der Abgrenzung der Leistungen nach 31.1 zur Hybrid-DRG nicht auf den Ort der Leistungserbringung ankommt.

So sollte beispielsweise ein Hausarzt die Gebührenordnungspositionen (GOP) 31010 bis 31013 auch dann abrechnen können, wenn er Teil eines MVZ ist, in dem eine weitere Fachgruppe Leistungen gemäß Hybrid-DRG-Verordnung durchführt und berechnet. Wir werden eine diesbezügliche Anpassung des EBM in die Beratungen mit dem GKV-Spitzenverband einbringen.

Abrechnung von Simultaneingriffen

Nach der Hybrid-DRG-Verordnung beginnt eine Leistung mit den Maßnahmen zur Operationsvorbereitung und -planung und endet mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung. Nach der Hybrid-DRG-Abrechnungsvereinbarung gelten zudem die Regelungen der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR). Diese besagen sinngemäß, dass alle für einen stationären Aufenthalt relevanten Diagnosen und Prozeduren zu dokumentieren und für den DRG-Gruppierungsprozess zu berücksichtigen sind.

Übertragen auf die Hybrid-DRG bedeutet dies nach Ansicht der KBV: Für die Gruppierung sind alle Diagnosen und Prozeduren zu berücksichtigen, die in dem durch die Hybrid-DRG-Verordnung definierten Zeitraum relevant gewesen sind. Für Simultaneingriffe (= mehrere Eingriffe einer oder mehrerer Fachgruppen in einer Sitzung) ergibt sich daraus folgendes Bild:

- **Variante 1:** Es gibt eine Hybrid-DRG für den kompletten Simultaneingriff.
- **Variante 2:** Durch den Simultaneingriff **wird keine Hybrid-DRG ausgelöst und der Eingriff ist komplett nach EBM** abzurechnen.

Fazit auf Basis des derzeitigen Kenntnis- und Beratungsstands: Eine Nebeneinanderberechnung von mehreren Eingriffen in dem definierten Zeitraum über mehrere Hybrid-DRG oder als Kombination von Hybrid-DRG und EBM-Abrechnung ist ausgeschlossen.

6. Companion Diagnostik: Neue GOP für das Arzneimittel Orserdu im Abschnitt 19.4.4 EBM

Der Bewertungsausschuss hat zum 1. Juli 2024 zwei neue Gebührenordnungspositionen (GOP), GOP 19466 und die GOP 19467 in den EBM aufgenommen.

Neue GOP 19466 (2100 Punkte)

Für die gezielte Bestimmung der wichtigsten aktivierenden ESR1-Mutationen mittels PCR-basierter Verfahren vor einer Behandlung mit Orserdu wird die GOP 19466 neu in den Abschnitt 19.4.4 EBM aufgenommen.

Neue GOP 19467 (5850 Punkte)

Das für die Behandlung mit Orserdu infrage kommende Patientenkollektiv weist eine hohe Überschneidung mit dem des Medikamentes Piqray auf. Zur Indikationsstellung ist der Nachweis von aktivierenden Mutationen im jeweiligen Gen (ESR1-Gen bzw. PIK3CA-Gen) erforderlich. Der Bewertungsausschuss ist davon ausgegangen, dass zukünftig die Untersuchung des Mutationsstatus mittels Next-Generation-Sequencing im ESR1- und PIK3CA-Gen regelhaft aus derselben Blutprobe und in einem Untersuchungsgang erfolgt. Aufgrund dessen wird für die gleichzeitige Bestimmung des PIK3CA- und ESR1-Mutationsstatus unter Verwendung von zirkulierender Tumor-DNA die GOP 19467 neu in den Abschnitt 19.4.4 EBM aufgenommen.

Die bestehende GOP 19462 für die Bestimmung des PIK3CA-Mutationsstatus wird deswegen gestrichen.

Die Vergütung der beiden neuen Leistungen erfolgt als Companion Diagnostik nach Abschnitt 19.4.4 EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Arzneimittel Orserdu

Orserdu wird als Monotherapie zur Behandlung von postmenopausalen Frauen sowie von Männern mit Estrogenrezeptor (ER)-positivem, HER2-negativem, lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs angewendet, deren Erkrankung nach mindestens einer endokrinen Therapielinie, einschließlich eines CDK 4/6-Inhibitors, fortgeschritten ist. Voraussetzung ist, dass der Tumor eine aktivierende ESR1-Mutation aufweist. Die Testung auf aktivierende ESR1-Mutationen muss gemäß Fachinformation aus einer Blutplasmaprobe erfolgen.

Weitere Anpassungen in Abschnitt 19.4

Im Abschnitt 19.4 EBM (Invitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen) sind Leistungen nur berechnungsfähig, sofern sie mittels zyto-und/oder molekulargenetischer Verfahren durchgeführt wurden.

Darüber hinaus werden die Anforderungen an die Nachweisgrenze bei molekulargenetischen Untersuchungen unter Verwendung von zirkulierender Tumor-DNA im Abschnitt 19.4.4 EBM an die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen („RiliBÄK“) angepasst.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Beschluss unter folgendem Link:

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



7. Neues Zweitmeinungsverfahren ab Juli 2024

Vor planbaren Eingriffen für einen **Hüftgelenkersatz** besteht künftig ebenfalls der Anspruch auf eine zweite ärztliche Meinung. Grundsätzlich sind alle Ärzte, die eine Indikation für einen in der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren benannten Eingriff stellen, gesetzlich verpflichtet, ihre Patienten über das Recht auf eine zweite ärztliche Meinung aufzuklären (§27b SGB V, §6 Zm-RL):

Hüftgelenkersatz

Ab **1. Juli 2024** können folgende Fachrichtungen eine Genehmigung zur Zweitmeinung beantragen:

- Orthopädie und Unfallchirurgie,
- Orthopädie,
- Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie sowie
- Physikalische und Rehabilitative Medizin.

Kennzeichnung in der Abrechnung:

Für die Aufklärung und Beratung im Zusammenhang mit dem Zweitmeinungsverfahren bei Eingriffen zum Hüftgelenkersatz durch den „**Erstmeiner**“ ist die bundeseinheitliche Gebührenordnungsposition (**GOP**) **01645J** 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 88200J** zu erfolgen.

Weitere Informationen zum Thema Zweitmeinung finden Sie unter:

https://www.kbv.de/html/themen_38546.php

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

<https://www.g-ba.de/richtlinien/107/>



8. DiGA „Kranus Lutera“: Neue GOP 01478 für Verlaufskontrolle und Auswertung zum 1. Juli

Im April 2024 hatte das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) die DiGA „Kranus Lutera“ dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen. Nach den gesetzlichen Vorgaben ist der EBM innerhalb von drei Monaten anzupassen, soweit ärztliche Leistungen für die Versorgung mit der jeweiligen Anwendung erforderlich sind (gemäß § 87 Abs. 5c SGB V). Dies ist nun erfolgt.

Die DiGA „Kranus Lutera“ richtet sich laut BfArM-Verzeichnis an Männer mit Blasenentleerungsstörungen. Zum 1. Juli werden die Abrechnungs- und Vergütungsbestimmungen im EBM für die DiGA „Kranus Lutera“ zur Behandlung der unteren Harnwege – auch „Lower Urinary Tract Symptoms“ („LUTS“) genannt – bei Männern angepasst. Damit wird für diese DiGA eine neue GOP in den Abschnitt 1.4 des EBM aufgenommen:

- Die GOP 01478 als Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA „Kranus Lutera“ ist einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig und mit 64 Punkten bewertet.

Folgende Fachgruppen können die GOP 01478 abrechnen: Hausärzte, Internisten ohne Schwerpunkt, Nephrologen, Neurologen und Urologen.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Beschluss unter:
https://www.kbv.de/html/beschluesse_des_ba.php



9. Anpassungen des EBM im Zusammenhang mit dem ambulanten Operieren zum 1. Juli 2024

In der GOP 34290 (Angiokardiographie) wurde der Altersbezug „bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr“ gestrichen. Dadurch ist sie nun auch für Erwachsene berechnungsfähig. Als fakultativer Leistungsinhalt wurde die Druckmessung aufgenommen.

Die GOP 34290 wird ab 1. Juli extrabudgetär vergütet. Sofern sie nicht im Rahmen des AOP-Vertrags durchgeführt wird, ist die GOP in der Abrechnung durch Angabe einer bundeseinheitlich koordinierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. In diesem Fall erfolgt die Vergütung zunächst für zwei Jahre ebenfalls extrabudgetär und wird dann überprüft.

Informationen zur Kodierung erhalten Sie zeitnah auf unserer Homepage unter:

<https://www.kvsaarland.de/kbtopic/ambulantes-operieren>



Beim kleinchirurgischen Eingriff III (GOP 02302) wurde mittels und/oder-Verknüpfung der obligate Leistungsinhalt ergänzt um die „Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische Mikrokürettage (Strichkürettage) oder Aspirationskürettage“.

Informationen dazu finden Sie auch auf der Homepage der KBV unter:

https://www.kbv.de/html/1150_70366.php



10. EBM-Anpassungen im Zusammenhang mit der Abrechnung von Leistungen des Abschnitts 2 des AOP-Katalogs

AOP-KATALOG: ANHANG 2 ANGEPASST

Im Zusammenhang mit den EBM-Anpassungen haben sich KBV, GKV-Spitzenverband und DKG auf die entsprechende Aktualisierung in der Anlage 1 Abschnitt 2 zum AOP-Vertrag verständigt. Dadurch werden die mit einem „*“ gekennzeichneten GOP, die nun im EBM enthalten sind, zum 1. Juli 2024 durch diese ersetzt. Für die weiterhin verbleibenden OPS-Kodes, denen GOP zugewiesen und mit einem „*“ gekennzeichnet wurden, wird die Erläuterung in Abschnitt 2 des AOP-Katalogs, dass die gekennzeichneten EBM-Ziffern bei Durchführung der jeweiligen Prozedur befristet dennoch entsprechend abgerechnet werden können, zum 31. Dezember 2024 verlängert. Wir haben Ihnen die Änderungsvereinbarung beigelegt. Den aktualisierten AOP-Katalog finden Sie in Kürze unter:

<https://www.kbv.de/html/2755.php#content2870>



Neue Punktziffer in Abschnitt 2.3 EBM

Die perkutane (Nadel-)Biopsie an Lymphknoten, Knochen, Muskeln und Weichteilen verschiedener Lokalisationen sowie an Samenbläschen, Samenleitern, Samensträngen und Nebenhoden kann nun mit der neuen GOP 02344 des Abschnitts 2.3 EBM abgerechnet werden (Bewertung: 137 Punkte). Die Vergütung im Rahmen des AOP-Vertrags erfolgt extrabudgetär. Sofern die Leistung nach der GOP 02344 nicht im Rahmen des AOP-Vertrags durchgeführt wird, ist dies bundeseinheitlich zu kennzeichnen. In diesem Fall erfolgt die Vergütung zunächst für zwei Jahre ebenfalls extrabudgetär und wird dann überprüft. Die zur GOP 02344 zugehörigen Begleitleistungen werden extrabudgetär vergütet, sofern sie im Rahmen des AOP-Vertrags abgerechnet werden. In diesen Fällen sind die Begleitleistungen – im Gegensatz zur GOP 02344 – zu kennzeichnen. Konkret sind dies folgende Leistungen:

- GOP 33040: Sonographie der Thoraxorgane
- GOP 33042: Abdominelle Sonographie
- GOP 33043: Uro-Genital-Sonographie
- GOP 33050: Gelenk-Sonographie, Sonographie von Sehnen, Muskeln, Bursae
- GOP 33091 und 33092: Zuschlag für optische Führungshilfe
- GOP 34430: MRT-Untersuchung des Thorax
- GOP 34441: MRT-Untersuchung des Abdomens
- GOP 34442: MRT-Untersuchung des Beckens

Vereinfacht gesagt gilt folgende Faustregel: Wird die GOP 02344 nicht gekennzeichnet, erfolgt eine Kennzeichnung der genannten Begleitleistungen.

Informationen zur Kodierung erhalten Sie zeitnah auf unserer Homepage unter:

<https://www.kvsaarland.de/kbtopic/ambulantes-operieren>



Weitere Informationen erhalten Sie auf der Homepage der KBV:

https://www.kbv.de/html/1150_70366.php



11. Aufnahme neuer Leistungen nach der GOP 01965 und der GOP 40162 EBM zum 1. Juli 2024

Zum 01. Juli 2024 erfolgt die Aufnahme des Abschnitts 1.9 „Meldungen implantatbezogener Maßnahmen gemäß den Vorgaben des Implantateregistergesetzes“ in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM).

Sofern bei Durchführung eines operativen Eingriffs gemäß Abschnitt 2.23 aus dem Anhang 2 EBM eine implantatbezogene operative Maßnahme gemäß § 2 Nr. 4 Implantateregistergesetz (IRegG) durchgeführt wird, ist für die Berechnungsfähigkeit der dazugehörigen Leistungen aus Abschnitt 31.2.2 und 36.2.2 EBM die Erfüllung der Meldepflichten gemäß Implantateregistergesetz erforderlich.

Die Gebührenordnungsposition 01965 ist nur von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Fachärzten für Chirurgie berechnungsfähig.

Aufnahme der GOP 01965

Die Aufnahme der GOP 01965 in den Abschnitt 1.9 EBM beinhaltet den Zuschlag zu einem Eingriff nach Abschnitt 31.2.2 oder 36.2.2 für die zugehörige Erfassung, Speicherung und Übermittlung von Daten bezüglich einer implantatbezogenen Maßnahme an die Register- und Vertrauensstelle gemäß §§ 16 und 17 Absatz 1 Implantateregistergesetz (IRegG) sowie Erfüllung der Pflichten nach §§ 18, 20, 24 und 25 IRegG. Die Leistung wird je Meldung mit 78 Punkten vergütet.

Zu beachten: Die Gebührenordnungsposition 01965 ist im Falle einer Vervollständigung oder Korrektur gemäß § 17 IRegBV einer bereits erfolgten Meldung nicht erneut berechnungsfähig.

Aufnahme der GOP 40162

Die Aufnahme der Kostenpauschale 40162 in den Abschnitt 40.5 EBM beinhaltet die Meldegebühr im Zusammenhang mit der Meldung einer implantatbezogenen Maßnahme entsprechend der Gebührenordnungsposition 01965 gemäß § 2 Absatz 1 Implantateregister-Gebührenverordnung (IRegGebV). Die Leistung wird je Meldung mit einem Betrag von 6,24€ vergütet.

Die Vergütung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01965 und 40162 erfolgt auf 2 Jahre befristet, außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Beschluss unter folgendem Link:

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



12. Neuerungen im Zusammenhang mit dem ambulanten Operieren: EBM zum 1. Juli angepasst

Nachbeobachtungen bei weiteren Eingriffen möglich

Weitere Anpassungen haben KBV und GKV-Spitzenverband in diesem Zusammenhang auch für die Nachbeobachtungen in Anhang 8 EBM beschlossen. So ist beispielsweise eine Nachbeobachtung künftig auch nach einer Lumbalpunktion (GOP 02342) möglich.

Insgesamt wurden folgende Leistungen im Anhang 8 ergänzt und den GOP 01500, 01501, 01502 und/oder 01503 für die Nachbeobachtung zugeordnet: Diagnostische Mikrokürettage (Strichkürettage) oder Aspirationskürettage (GOP 02302), Lumbalpunktion (GOP 02342), perkutane Biopsie an mediastinalen oder paraaortalen Lymphknoten (GOP 02344) sowie Angiokardiographie (GOP 34290).

Mit der Ambulantisierung werden immer mehr Prozeduren ambulant durchgeführt, für die im Anschluss eine Nachbeobachtung und Überwachung des Patienten erforderlich sind. Auch für Prozeduren außerhalb von Kapitel 31 EBM soll daher die Möglichkeit der gesonderten Abrechnung für die Nachbeobachtung und Betreuung bestehen. Dafür wurden zum 1. Januar 2024 der neue Anhang 8 und die vier GOP 01500, 01501, 01502 und 01503 in den EBM aufgenommen.

Informationen dazu finden Sie auch auf der Homepage der KBV:

https://www.kbv.de/html/1150_70366.php



13. Systemische Therapie für Kinder und Jugendliche ab 1. Juli 2024

Ab dem 1. Juli 2024 darf die Systemische Therapie für Kinder und Jugendliche zulasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden.

Die Überprüfung des EBM durch die Arbeitsgremien des Bewertungsausschusses hat ergeben, dass kein Anpassungsbedarf besteht. Somit sind die Gebührenordnungspositionen 35431, 35432, 35435 (Einzeltherapie) sowie 35703 bis 35709 und 35713 bis 35719 (Gruppentherapie) auch bei Durchführung der Systemischen Therapie für Kinder und Jugendliche berechnungsfähig. Die entsprechende Ergänzung der Gebührenordnungspositionen in der Psychotherapie-Vereinbarung wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt nachgeholt.

*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.