

Abrechnung

Rundschreiben der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland

Anlage zu Ausgabe 8/2024
– Dezember 2024

Inhalt

1.	Ausstellung ärztlicher Verordnungen für Leistungsempfänger nach dem AsylbLG	2
2.	Dauerhafte DiGA „somnivia“ ohne zusätzliche vertragsärztliche Leistungen neu ins DiGA-Verzeichnis aufgenommen	2
3.	ePA: GOP für Erstbefüllung weiterhin berechnungsfähig – Überprüfung der Vergütung bis 30. Juni 2025	2
4.	Orientierungswert steigt ab Januar auf 12,3934 Cent	4
5.	Automatisierte Zusetzung der Hygienezuschläge	4
6.	Neue Sammelerklärung ab dem Quartal 3/2024	4
7.	Verlängerung des Geltungszeitraums der Coronavirus-Testverordnung (TestV)	5
8.	Weiterentwicklung von Kostenpauschalen der In-vitro-Diagnostik und Anpassung des laborärztlichen Honorars	6
9.	Anhang 2 des EBM wird zum 1. Januar an neue OPS-Version angepasst	8
10.	Anhang 2 des EBM: Aufwertungen im Bereich Hauttransplantationen und weitere Anpassungen ab 1. Januar 2025	9
11.	Honorierung der GOP 01442 und GOP 01444	10
12.	GOP 01510 bis 01512: Streichung der Betreuung nach subkutaner Injektion von Trastuzumab als Leistungsinhalt	10
13.	EBM-Anpassungen für das Medikament Velsipity zum 1. Januar 2025	11
14.	EBM: Erhöhung der Kostenpauschalen 40350 und 40681 zum 1. Januar 2025	12
15.	RSV-Prophylaxe: Berechnungsausschluss der Beratungs- und Prophylaxeleistung angepasst	13
16.	Einjährige Verlängerung der Liposuktion bei Lipödem Stadium III	13
17.	Mammographie-Screening: Erhöhung des Overheads und Umstellung des Verfahrens	14

Anlage:

Übersicht_Mammographie-Screening

1. Ausstellung ärztlicher Verordnungen für Leistungsempfänger nach dem AsylbLG

Anlässlich eines erneuten Schreibens vom Ministerium für Inneres, Bauen und Sport bitten wir Sie beim Ausstellen der Verordnungen für Leistungsempfänger nach dem AsylbLG auf die Gültigkeitszeiträume der Behandlungsscheine und auf den zum Zeitpunkt der Behandlung zuständigen AsylbLG-Leistungsträger (d. h. bei Wohnort der zu behandelnden Person in der Landesaufnahmestelle ist das Landesverwaltungsamt, Zentrale Ausländerbehörde in Lebach entsprechender Leistungsträger, bei Wohnort in einer Kommune das örtlich zuständige Sozialamt) zu achten.

Die o. g. Angaben sind auf den entsprechend vorgelegten Behandlungsscheinen der Leistungsempfänger nach dem AsylbLG aufgedruckt. Wir bitten Sie daher die o. g. Angaben auf den Behandlungsscheinen vor der Ausstellung der Verordnungen für Leistungsempfänger nach dem AsylbLG genau zu prüfen und auf die Verordnungen entsprechend zu übertragen.

Hier kam es in der Vergangenheit zwischen den Leistungsbehörden und Apotheken vermehrt zu Abrechnungsproblemen. Aus diesem Grund möchten wir Sie erneut bei der Ausstellung ärztlicher Verordnungen für Leistungsempfänger nach dem AsylbLG auf die Überprüfung der Daten hinweisen und sensibilisieren.

2. Dauerhafte DiGA „somnovia“ ohne zusätzliche vertragsärztliche Leistungen neu ins DiGA-Verzeichnis aufgenommen

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat im Oktober eine weitere digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen: „somnovia“ zur Unterstützung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Schlafstörungen.

Keine Anpassung im EBM erforderlich

Da das BfArM keine erforderlichen ärztlichen Tätigkeiten für die DiGA „somnovia“ bestimmt hat, haben KBV und GKV-Spitzenverband als Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses entschieden, für diese DiGA keine gesonderten Leistungen in den EBM aufzunehmen. Nach den gesetzlichen Vorgaben ist der EBM innerhalb von drei Monaten nach einer dauerhaften Aufnahme ins DiGA-Verzeichnis nur anzupassen, soweit ärztliche Leistungen für die Versorgung mit der jeweiligen Anwendung erforderlich sind (§ 87 Abs. 5c SGB V).

Die Versorgung mit der neuen DiGA ist Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung und Bestandteil der berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen des EBM. Es besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung (§ 87 Abs. 5c Satz 4 SGB V).

3. ePA: GOP für Erstbefüllung weiterhin berechnungsfähig – Überprüfung der Vergütung bis 30. Juni 2025

Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten können die Gebührenordnungsposition (GOP) 01648 für die Erstbefüllung einer elektronischen Patientenakte (ePA) vorerst weiterhin abrechnen.

Spätestens bis zum 30. Juni 2025 will der Bewertungsausschuss (BA) prüfen, ob der EBM infolge der neuen ePA und der damit verbundenen Aufgaben für Praxen angepasst werden muss.

Der Beschluss im Detail

Der Beschluss sieht vor, dass die EBM-Leistung zur Erstbefüllung einer ePA bis zum 31. Dezember 2025 verlängert wird. Die Bewertung bleibt unverändert bei 89 Punkten, das sind im nächsten Jahr 11,03 €; die Vergütung erfolgt weiterhin extrabudgetär. Die GOP 01648 war bis zum 14. Januar 2025 befristet gewesen. Durch die Verlängerung können Praxen die Leistung nun auch nach dem Start der „ePA für alle“ abrechnen.

Mit der ePA kommen auf die Praxen im kommenden Jahr neue Aufgaben zu. Der BA will deshalb prüfen, ob die Struktur der bisherigen EBM-Leistungen für die ePA angepasst und die Bewertung der GOP 01648 verändert werden muss. Sollten Anpassungen notwendig sein, wird der BA einen Beschluss mit Wirkung zum 1. Juli 2025 fassen.

ePA-Leistungen im Überblick

Im Folgenden haben wir für Sie die ePA-Leistungen aufgeführt, die Praxen im neuen Jahr vorerst weiter abrechnen können:

- **Erstmalige Befüllung der ePA: GOP 01648 (89 Punkte)**

Die GOP 01648 ist sektorenübergreifend nur einmal pro Versicherten berechnungsfähig. „Erstbefüllung“ heißt: Keine andere Praxis oder kein Krankenhaus hat bereits etwas in die Akte eingestellt.

- **Weitere ePA-Leistung: GOP 01647 (15 Punkte) › Weitere ePA-Leistung: GOP 01431 (3 Punkte)**

Die GOP wird gezahlt als Zusatzpauschale zu den Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen sowie den Leistungen des Abschnitts 1.7 (ausgenommen in-vitro-diagnostische Leistungen). Sie ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig – im Behandlungsfall nicht neben der GOP 01648.

- **Weitere ePA-Leistung: GOP 01431 (3 Punkte)**

Die GOP 01431 wird als Zusatzpauschale zu den GOP 01430 (Verwaltungskomplex), 01435 (Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale) und 01820 (Rezepte, Überweisungen, Befundübermittlung) gezahlt. Sie ist mit Ausnahme von diesen drei GOP im Arztfall nicht neben anderen GOP und nicht mehrfach an demselben Tag berechnungsfähig. Die GOP umfasst Versorgungsszenarien mit ärztlichen Tätigkeiten im Zusammenhang mit der ePA, in denen keine Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale berechnet wird. Sie ist höchstens viermal im Arztfall berechnungsfähig.

Weitere Informationen finden Sie auch im Beschluss der KBV und auf unserer Homepage unter folgenden Link:

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



<https://www.kvsaarland.de/epa-fur-alle>



4. Orientierungswert steigt ab Januar auf 12,3934 Cent

Der Orientierungswert steigt zum 1. Januar 2025 um 3,85 Prozent. Er beträgt dann 12,3934 Cent. Zusammen mit der bereits vom BA beschlossenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ergibt sich ein Plus von fast vier Prozent.

Die KBV konnte zudem erreichen, dass in den entscheidungserheblichen Gründen zum Beschluss explizit die Berücksichtigung des ärztlichen Leistungsanteils im Rahmen des Verfahrens zur Anpassung des Orientierungswertes festgehalten wurde. Dies wurde seitens des GKV-Spitzenverbandes in der Vergangenheit kritisch gesehen. Durch die Aufnahme dieser Formulierung in einen gemeinsamen Beschluss wird die Position der Ärzteseite gestärkt, die sich für eine regelhafte Fortschreibung des ärztlichen Leistungsanteils einsetzt.

Informationen dazu finden Sie im Beschluss unter folgendem Link:

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



5. Automatisierte Zusetzung der Hygienezuschläge

zum 01. Januar 2024 wurden für ambulante Operationen Zuschläge für den höheren Hygieneaufwand vereinbart. Diese betreffen den neuen Abschnitt 31.2.19 des EBM - die GOP 31020 bis 31082 sowie die Operationen aus Kapitel 1 - die GOP 01858, 01859 und 01907 EBM. **Der Vorstand der KV Saarland hatte dazu beschlossen, dass die Zuschläge ab dem Quartal 3/2024 automatisiert durch das Regelwerk zugesetzt werden.**

Um diese Zusetzung rechtssicher durchführen zu können, ist eine Ergänzung der Sammelerklärung erforderlich. Diese wurde um den **Punkt 6: „Zuschläge für zusätzlichen Hygieneaufwand“** erweitert. Hier erfolgt die Angabe, ob bereits betreffend der Hygienezuschläge aus den Kapiteln 1.7.6, 1.7.7 und 31.2.19 eine Förderung nach § 4 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEngG) bezogen wurden oder nicht. Hierzu haben wir bereits in der letzten KVS aktuell (5. Ausgabe) informiert.

Weitere Informationen zu den Hygienezuschlägen finden Sie auf unserer Homepage unter folgendem Link:

<https://www.kvsaarland.de/kb/hygienezuschlaege-bei-ambulanten-operationen>



6. Neue Sammelerklärung ab dem Quartal 3/2024

Die Verwendung der Sammelerklärung mit Stand 4/2019 ist ab dem Quartal 3/2024 nicht mehr zulässig.

Die neue Sammelerklärung wurde Ihnen als Anlage mit dem Honorarbescheid aus dem Quartal 2/2024 mitgesendet und öffentlich auf unserer Homepage unter dem Beitrag „Alles rund um Ihre Quartalabrechnung bei der KV Saarland“ als pdf-Datei zur Verfügung stehen.

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



Zusätzlich finden Sie die pdf-Datei der Sammelerklärung auch auf unserer Homepage unter **Praxis >> Sammelerklärung**.

Die Nutzung der digitalen Sammelerklärung über das online Portal der KV Saarland steht vorübergehend nicht zur Verfügung. Sobald die online Nutzung wieder eingebunden ist, werden wir Sie erneut darüber informieren.

Im Rahmen der Umstellung weisen wir erneut darauf hin, dass nach den Abrechnungsbestimmungen §4 Absatz 2b die Sammelerklärung fristgemäß, mit der Quartalsabrechnung, bis einschließlich dem 10. jedes Folgequartales einzureichen ist. Für Abrechnungen, die ohne hinreichende Begründung nicht termingerecht oder im Sinne von § 4 Absatz 2b unvollständig eingereicht werden, werden **zusätzliche Verwaltungskosten** in Rechnung gestellt.

Bezüglich der korrekten Einreichung der Sammelerklärung möchten wir Sie auf folgende Punkte hinweisen, die zu beachten sind:

- Lesbarkeit des Praxisstempels
- Jeder Vertragsarzt/Psychotherapeut ist verpflichtet, der KV Saarland in einer handschriftlich signierten Sammelerklärung zu bestätigen, dass die in Rechnung gestellten vertragsärztlichen Leistungen den Erfordernissen des § 2 der Abrechnungsbestimmungen der KV Saarland entsprechen. Ist der Vertragsarzt/Psychotherapeut verstorben oder so schwer erkrankt, dass ihm das Leisten einer Unterschrift unmöglich ist, kann der Vorstand im Einzelfall Abweichungen von den genannten Voraussetzungen zulassen. **(Abrechnungsbestimmungen §2 Absatz 2)**

7. Verlängerung des Geltungszeitraums der Coronavirus-Testverordnung (TestV)

Wir weisen Sie vorsorglich darauf hin, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) plant, den Geltungszeitraum der Coronavirus-Testverordnung (TestV) **bis zum 31.12.2028** zu verlängern.

Wir empfehlen Ihnen daher bereits heute, die Dokumentation der abrechnungsbegründenden Unterlagen (Auftrags- und Leistungsdokumentation) über den 31.12.2024 hinaus aufzubewahren.

Bitte informieren Sie sich fortlaufend über den aktuellen Stand des Gesetzgebungsverfahrens. Weitere Informationen finden Sie u.a. auf der Seite des Bundesministeriums für Gesundheit unter:

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



Weitere Informationen finden Sie auch auf unserer Homepage unter:

<https://www.kvsaarland.de/kb/ende-der-corona-testv-am-28-02-2023>



8. Weiterentwicklung von Kostenpauschalen der In-vitro-Diagnostik und Anpassung des laborärztlichen Honorars

Der Bewertungsausschuss (BA) hat umfangreiche Änderungen bei den Kostenpauschalen für in-vitro-diagnostische Leistungen sowie Anpassungen des laborärztlichen Honorars zum 1. Januar 2025 beschlossen.

Neue Kostenpauschalen (Beschluss-Teile A und B):

- Aufnahme der Kostenpauschalen 40089 bis 40095 in den EBM (Transport, das Entnahmematerial und die elektronische Auftragserteilung im Zusammenhang mit In-vitro-Diagnostik)
- Streichung der Kostenpauschale 40100

Anpassung des laborärztlichen Honorars (Beschluss-Teil C)

- Änderungen in Kapitel 12 EBM zur Anpassung des laborärztlichen Honorars an den kalkulatorischen Arztlohn
- Streichung der Grundpauschalen 12220 und 12225 und Weiterführung der entsprechenden Leistungen in den Gebührenordnungspositionen (GOP) 01437, 01698 und 12222 bis 12224

Leistungsbedarfsneutrale Gegenfinanzierung (Beschluss-Teil D)

- Anpassungen im EBM zur leistungsbedarfsneutralen Finanzierung der Änderungen

Verlängerung der Übergangsregelung für nicht-elektronische Kommunikation (Beschluss-Teil E)

- Zuschläge nach den GOP 01699 und 12230 zur Vergütung von nicht-elektronischen Versand- und Transportkosten in Verbindung mit Labordiagnostik, Histologie, Zytologie und Molekulargenetik im EBM werden bis 31. Dezember 2024 verlängert

Finanzierungsempfehlung (Beschluss-Teile F und G)

- Die Ergänzung der Finanzierungsempfehlung der Weiterentwicklung Mikrobiologie (vgl. 596. Sitzung) in Teil F stellt klar, dass die Bewertungshöhe der Gebührenordnungspositionen zum 1. Quartal 2024 für die Ermittlung der Leistungsbedarfsentwicklung anzuwenden ist. Für die GOP 01700 und 01701 wird in Teil G des Beschlusses eine extrabudgetäre Vergütung empfohlen

Definition der Kostenpauschalen 40089 bis 40095:

Kostenpauschalen 40089 bis 40095: Zukünftig werden die Kosten für den Transport, das Entnahmematerial und die elektronische Auftragserteilung im Zusammenhang mit In-vitro-Diagnostik im EBM in spezifischen Pauschalen vergütet.

Kostenpauschalen 40092 bis 40095: Um die strukturell deutlich unterschiedlichen Leistungshäufigkeiten zu berücksichtigen, wird bei den Kostenpauschalen für die elektronische Auftragserteilung und für den Transport unterschieden in In-vitro-Diagnostik

- ohne gynäkologische Zytologie und HPV (Kostenpauschalen 40092 und 40094) und
- der gynäkologischen Zytologie und HPV (Kostenpauschalen 40093 und 40095).

Kostenpauschalen 40089 bis 40093: Diese Kostenpauschalen zum Entnahmematerial und zur elektronischen Auftragserteilung werden aus Gründen der Transparenz und zur Stärkung der Rechtssicherheit für die Vertragsärzte eingeführt. Dies war ein wichtiger Punkt für die Selbstverwaltung in den Verhandlungen.

Anpassung des laborärztlichen Honorars

Zukünftig sind die GOP des EBM-Kapitels 12 („Laboratoriumsmedizinische, mikrobiologische, virologische und infektionsepidemiologische sowie transfusionsmedizinische GOP“) ausschließlich von Fachärzten für Laboratoriumsmedizin, für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, für Transfusionsmedizin sowie von ermächtigten Fachwissenschaftlern der Medizin berechnungsfähig. Bislang war das EBM-Kapitel 12 für alle Ärzte offen, die Auftragsleistungen des EBM-Kapitels 32 erbringen.

- **GOP 01700:** In der Legende der GOP 01700 werden nunmehr die Auftragsleistungen, für die diese Grundpauschale berechnungsfähig ist, abschließend aufgeführt. Für diese GOP wird in Teil G des Beschlusses eine extrabudgetäre Vergütung empfohlen.
- **GOP 12222 und 12223:** Diese neuen Grundpauschalen für Auftragsleistungen der EBM-Abschnitte 32.2 und 32.3 sind – im Unterschied zur gestrichenen GOP 12220 (Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin u.a.) – nicht nur bei Probeneinsendung, sondern auch für Auftragsleistungen innerhalb einer Arztpraxis berechnungsfähig. Damit wird dem zunehmenden Anteil arztgruppenübergreifender gemeinsamer Berufsausübung Rechnung getragen. Die Abstaffelungsgrenzen werden zur Begrenzung der Tätigkeit auf den aktuellen Umfang eines vollen Versorgungsauftrags angehoben und fortgeführt.
- **GOP 12224:** Die neu aufgenommene GOP 12224 ermöglicht dem Vertragsarzt die Abrechnung von Kostenpauschalen nach Beschluss-Teil A für Behandlungsfälle, die komplett an ein anderes Labor weiter-überwiesen werden. Der BA hat dadurch eine entsprechende Übersicht und Transparenz.

Anpassungen für nicht in Kapitel 12 genannte Ärzte

- **GOP 12225 und 01437:** Die arztgruppenübergreifende GOP 12225 (Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 12220 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendung) wird aus dem EBM-Kapitel 12 gestrichen und durch die neu aufgenommene GOP 01437 im EBM-Abschnitt 1.4 („Allgemeine Gebührenordnungspositionen“) ersetzt.
- **GOP 01701:** In der Legende der GOP 01701 werden nunmehr die Auftragsleistungen, für die diese Grundpauschale berechnungsfähig ist, abschließend aufgeführt. Für diese GOP wird in Teil G des Beschlusses eine extrabudgetäre Vergütung empfohlen. Sie ist zukünftig im Arztfall nicht neben Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen berechnungsfähig.
- **GOP 01698:** Daher wurde die GOP 01698 neu aufgenommen. Die GOP 01698 kann als Zuschlag zu den Leistungen nach den GOP 01840 und 01915 – im Unterschied zur GOP 01701 – weiterhin neben der Grundpauschale des Kapitels 8 für Frauenärzte berechnet werden.

Zur leistungsbedarfsneutralen Finanzierung der neuen Kostenpauschalen und der Anpassung des labormedizinischen Honorars werden die Bewertungen der in-vitro-diagnostischen Leistungen in der Laboratoriumsmedizin, Pathologie und Humangenetik leistungsbedarfsneutral gemindert und in der gynäkologischen Zytologie leistungsbedarfsneutral erhöht. Dies betrifft GOP in:

- Abschnitt 1.7, 11.4, 19.3 und 19.4 EBM
- Abschnitt 32.2 und 32.3 EBM

Die Bewertung von in-vitro-diagnostischen Leistungen der gynäkologischen Zytologie wird erhöht. Hintergrund ist der insgesamt geringere Leistungsbedarf der neuen Kostenpauschalen 40093 und 40095 für elektronische Auftragserteilung und Transport gegenüber der gestrichenen Transportkostenpauschale 40100.

Die Bewertung von präventiven in-vitro-diagnostischen Leistungen im Abschnitt 1.7 EBM wird auf Höhe der entsprechenden kurativen Leistungen in Punkten festgelegt. Der dadurch außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) freiwerdende Leistungsbedarf wird zur zukünftigen Vergütung der GOP 01700 und 01701 außerhalb der MGV verwendet.

Für eine einfachere und schnellere Übersicht haben wir Ihnen zu den oben genannten Punkten Merkblätter erstellt. Diese finden Sie auf unserer Homepage unter dem folgenden Link:

<https://www.kvsaarland.de/kb/neue-kostenpauschalen-fuer-in-vitro-diagnostik-und-anpassung-des-laboraerztlichen-honorars>

Weitere Informationen dazu finden Sie auf der Homepage der KBV unter folgendem Link:

https://www.kbv.de/html/1150_68777.php



9. Anhang 2 des EBM wird zum 1. Januar an neue OPS-Version angepasst

Der Bewertungsausschuss (BA) hat den Anhang 2 des EBM an die künftig geltende Version des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) angepasst (749. Sitzung, schriftliche Beschlussfassung). Die Anpassung tritt zum 1. Januar in Kraft.

Jährliche Anpassung

Mit dem Beschlussteil A wurde die Präambel 2.1 zum Anhang 2 des EBM überarbeitet (Ifd. Nr. 21). Der nicht mehr endständige OPS-Code für die Tonsillotomie wurde dabei gemäß geltender Version des Operationen- und Prozedurenschlüssels ausdifferenziert abgebildet.

Zudem wurden zahlreiche neue OPS-Kodes in den Anhang 2 aufgenommen, ungültige Codes gestrichen sowie redaktionelle Änderungen an OPS-Bezeichnungen vorgenommen.

Die Änderungen dienen der jährlichen Anpassung an die aktuelle Version des OPS und sind unabhängig von den Beratungen zur Weiterentwicklung des ambulanten Operierens.

Weitere Anpassungen

Mit dem Beschlussteil B erfolgt die Vereinheitlichung der Schreibweise der Worte und Wortvariationen „Kode“ und „kodiert“ im EBM. Es wurde die Schreibweise mit „K“ konsentiert.

Zudem erfolgte eine redaktionelle Änderung der ersten Bestimmung zum Abschnitt 31.2.6 EBM. Zusätzlich wurde der Anhang 2 um zwei Eingriffe für die Senkung des Augeninnendruckes erweitert.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Beschluss oder den Praxisnachrichten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) unter den folgenden Links:

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

https://www.kbv.de/html/1150_72622.php



10. Anhang 2 des EBM: Aufwertungen im Bereich Hauttransplantationen und weitere Anpassungen ab 1. Januar 2025

Der Bewertungsausschuss hat den Bereich der Hauttransplantationen im Anhang 2 zum EBM überarbeitet und angeglichen (vgl. 750. Sitzung, schriftliche Beschlussfassung). Hiermit wurde dem Bedarf nach Systematisierung und Anpassung dieses Bereiches Rechnung getragen. In diesem Zusammenhang wurden zahlreiche Eingriffe aufgewertet und werden damit künftig besser vergütet. Alle Änderungen erfolgen mit Wirkung zum 1. Januar 2025.

Die Codebereiche freie Hauttransplantationen und freie Hauttransplantationen bei Verbrennungen und Verätzungen 5-902.2 ff., 5-902.6 ff., 5-902.f ff. bis 5-902.r ff. sowie 5-925.2 ff. und 5-925.f ff. bis 5-925.r ff. wurden in der Kategorisierung der Operationszeit systematisiert. Sie wurden außerdem um fehlende Lokalisationen für den Anhang 2 ergänzt.

Dabei wurden 109 OPS-Kodes in der OP-Zeitkategorie und damit hinsichtlich ihrer Vergütungshöhe aufgewertet. Im Gegenzug wurden vier OPS-Kodes mit niedrigeren OP-Zeitkategorien versehen.

Ebenfalls vier OPS-Kodes wurden zur Behandlung an weiteren Körperregionen zusätzlich in den Anhang 2 aufgenommen. Konkret sind das die Codes 5-925.24, 5-925.2a, 5-925.2c und 5-925.2m.

Die geänderten Zeilen im Anhang 2, die ab 1. Januar gelten werden, sind in einer Tabelle im Beschluss aufgelistet.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte auf der Homepage der KBV:

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

https://www.kbv.de/html/1150_72735.php



11. Honorierung der GOP 01442 und GOP 01444

GOP 01444

Die GOP 01444 berücksichtigt als Zuschlag zur Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale den zusätzlichen Aufwand des Praxispersonals, um einen der Praxis „unbekannten“ Patienten im Rahmen der Videosprechstunde zu authentifizieren, da die erforderlichen Stammdaten nicht über die elektronische Gesundheitskarte automatisiert erfasst werden können. Die Details sind in Anlage 4b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte ausgestaltet.

Als „unbekannt“ gilt im Rahmen dieser Regelungen ein Patient, der noch nie oder nur noch nicht im laufenden Quartal oder im Vorquartal in der Praxis behandelt wurde.

Die GOP 01444 wird extrabudgetär vergütet. Sie wird zeitlich befristet bis zum 31. Dezember 2025 in den EBM aufgenommen.

Anschließend sollen neue technische Verfahren den Zusatzaufwand zur Authentifizierung in der Praxis obsolet machen.

GOP 01442

Die Vergütung der Videofallkonferenzen mit Pflegekräften von Pflegebedürftigen in Heimen oder in der Häuslichkeit werden nach der **Gebührenordnungsposition 01442 erfolgt ab dem 1. Januar 2025 innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen.**

Die Leistung kann bis zu dreimal im Krankheitsfall berechnet werden. Voraussetzung ist, dass im aktuellen und den vorangegangenen zwei Quartalen mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt in derselben Praxis stattgefunden hat.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Beschluss (685. Sitzung) unter folgendem Link:

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



12. GOP 01510 bis 01512: Streichung der Betreuung nach subkutaner Injektion von Trastuzumab als Leistungsinhalt

Ab dem 1. Januar 2025 ist die Beobachtung und Betreuung nach subkutaner Injektion von Trastuzumab (Handelsname: Herceptin®) nicht mehr über die GOP 01510 bis 01512 (Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung) berechnungsfähig, da diese eine Dauer von mindestens zwei Stunden voraussetzen. Gemäß der aktuell gültigen Fachinformation erfordert die Anwendung von Trastuzumab kürzere Nachbeobachtungszeiten von 30 Minuten nach der ersten Injektion und 15 Minuten nach Folgeinjektionen in Bezug auf Anzeichen und Symptome anwendungsbedingter Reaktionen. Die bisherigen Nachbeobachtungszeiten betragen 6 Stunden nach der ersten Injektion und 2 Stunden nach Folgeinjektionen. Dementsprechend erfolgt eine Änderung des zweiten Spiegelstriches des obligaten Leistungsinhaltes sowie die Streichung der vierten Abrechnungsanmerkung zum Katalog nach den GOP 01510 bis 01512. Die Beobachtung und Betreuung nach subkutaner Injektion von Trastuzumab ist künftig mischkalkulatorisch über die fachgruppenspezifische Grundpauschale abgegolten.

GOP 01912: Anpassung des Zeitraums für die Kontrolluntersuchung nach einem durchgeführten Schwangerschaftsabbruch

Ebenfalls zum 1. Januar 2025 erfolgt eine Anpassung des Zeitraums für die Kontrolluntersuchung in der Leistungslegende der GOP 01912 (Kontrolluntersuchung nach einem durchgeführten Schwangerschaftsabbruch nach den GOP 01904, 01905 oder 01906) auf den 14. Tag bis 21. Tag. Die Anpassung ist aufgrund einer Änderung der Fachinformation des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte zu Mifegyne® (Wirkstoff: Mifepriston) erforderlich.

Präambel zum Anhang 2: Aufnahme ergänzender Regelungen für Zuschläge zur Förderung der Ambulantisierung

Die Zuschläge gemäß Abschnitt 31.2.20 „Förderung der Ambulantisierung“ wurden mit Wirkung zum 1. Januar 2023 in den EBM aufgenommen. Mit dem aktuellen Beschluss wird über die Nr. 2 und Nr. 14 der Präambel 2.1 zum Anhang 2 zum EBM klargestellt, dass sie bei Durchführung eines Eingriffs unter einer Diagnose und/oder einem gemeinsamen operativen Zugangsweg nur einmal berechnungsfähig sind und bei Durchführung eines Simultaneingriffes höchstens dreimal.

Weitere Informationen finden Sie im Beschluss (741. Sitzung) unter:

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



13.EBM-Anpassungen für das Medikament Velsipity zum 1. Januar 2025

Velsipity ist ein Arzneimittel zur oralen Anwendung und Behandlung von mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa bei über 16-jährigen Betroffenen, die auf eine konventionelle Therapie oder ein Biologikum nicht oder nicht ausreichend angesprochen haben oder diese nicht vertragen.

Für Patientinnen und Patienten mit bestimmten kardialen Vorerkrankungen wird gemäß Fachinformation eine verlängerte, mehrstündige Überwachung bei Erstgabe empfohlen. Daher wird zum 1. Januar 2025 der Wirkstoff Etrasimod im obligaten Leistungsinhalt zum Katalog der Gebührenordnungspositionen (GOP) 01543 bis 01545 „Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unmittelbar nach der Gabe eines Arzneimittels“ ergänzt.

Die Abrechnung erfolgt nach der GOP 01543 bei mindestens zweistündiger Dauer, die GOP 01544 bei mindestens vierstündiger Dauer und die GOP 01545 bei mindestens sechsstündiger Dauer.

Der BA empfiehlt zudem, die Finanzierung der GOP 01543 bis 01545 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen bis zum 31. Dezember 2026 zu verlängern.

Weitere Informationen finden Sie im Beschluss (744. Sitzung) unter folgendem Link:

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



**14.EBM: Erhöhung der Kostenpauschalen 40350 und 40681 zum 1. Januar 2025
Nachbeobachtungen bei weiteren Eingriffen möglich**

Kostenpauschale für Epikutan-Testung

Die Kostenpauschale 40350 (Allergologiediagnostik I) zur Gebührenordnungsposition (GOP) 30110 wird ab Januar mit 21,58 Euro vergütet.

Mit der Weiterentwicklung des EBM zum 1. April 2020 wurde die Kostenpauschale 40350 in den EBM-Abschnitt 40.7 (Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Allergie-Testungen) aufgenommen. Sie ist seitdem mit 16,14 Euro bewertet. Die Preise für die relevanten Testsubstanzen bei einer Epikutan-Testung sind zwischenzeitlich im Durchschnitt um 34 Prozent gestiegen. Um die Kosten weiterhin in angemessener Höhe zu erstatten wird eine entsprechende Anpassung festgelegt, bei der die bisherige Bewertung der Kostenpauschale um den durchschnittlichen Preisanstieg erhöht wird. Dabei werden unterschiedliche Testreihen (unter anderem Standardblöcke und Duftstoff-mixe) sowie die Kosten für die Testpflaster berücksichtigt.

Die Kostenpauschale 40350 und damit auch die Bewertungsanpassung wird innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV) finanziert.

Kostenpauschale für Riboflavin

Die Bewertung der Kostenpauschale 40681 für Riboflavin wird zum 1. Januar 2025 von 92,53 Euro auf 117,81 Euro angehoben. Das Vitamin B12 wird zur Hornhautvernetzung bei einem Keratoko-nus verabreicht.

Zum 1. April 2019 wurde die Kostenpauschale 40681 im Zusammenhang mit der GOP 31364 (Ein-griff der Kategorie YY4: Hornhautvernetzung gemäß Nr. 27 Anlage I der Richtlinie Methoden ver-tragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses) in den EBM-Abschnitt 40.11 (Leistungsbezogene Kostenpauschalen für ophthalmologische und gynäkologische Eingriffe) aufge-nommen.

Die Kostenpauschale 40681 wird außerhalb der MGV finanziert.

Weitere Informationen dazu finden Sie unter folgende Links:

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

https://www.kbv.de/html/1150_72475.php

https://www.kbv.de/html/1150_72474.php



15. RSV-Prophylaxe: Berechnungsausschluss der Beratungs- und Prophylaxeleistung angepasst

Der Erweiterte Bewertungsausschuss (EBA) hatte am 16. September die Vergütung für die RSV-Prophylaxe nach § 1 RSV-Prophylaxeverordnung beschlossen und einen neuen EBM-Abschnitt 1.7.10 mit drei neuen GOP aufgenommen (vgl. KV-InfoAktuell 201/2024).

Dieser Beschluss sah vor, dass die GOP 01941 (RSV-Prophylaxe) und 01943 (Beratung zur RSV-Prophylaxe, ohne Injektion) bei einem Versicherten im Laufe von vier Quartalen – das aktuelle Quartal eingeschlossen – nicht nebeneinander berechnungsfähig sind, da sich die Leistungsinhalte überschneiden. Das bedeutete, dass eine RSV-Prophylaxe bei Säuglingen, bei denen eine Beratung der Eltern beispielsweise bereits im Vorquartal durchgeführt und berechnet wurde, zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr berechnungsfähig gewesen wäre.

Daher wird die bisherige Regelung zu den GOP 01941 und 01943 wie folgt ergänzt:

- Die Beratung zur RSV-Prophylaxe (**GOP 01943**) ist bei einem Versicherten **am gleichen Behandlungstag nicht neben** der RSV-Prophylaxe (**GOP 01941**) und zeitlich nicht nach einer bereits durchgeführten RSV-Prophylaxe berechnungsfähig.
- Für den Fall, dass auf eine **bereits abgerechnete Beratung** noch eine, zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführte, **Injektion von Nirsevimab folgt**, wird durch die Kassenärztliche Vereinigung ein **Abschlag von 32 Punkten** auf die **GOP 01941** vorgenommen und die **Prüfzeit um 2 Minuten reduziert**. Hierfür wird die bundeseinheitliche **kodierte Zusatzziffer 01941A** eingeführt.

Weitere Informationen dazu finden Sie unter folgende Links:

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

<https://www.kbv.de/html/984706.php>



16. Bewertungsausschuss beschließt einjährige Verlängerung der Liposuktion bei Lipödem Stadium III

In schweren Fällen des Lipödems werden auch im nächsten Jahr die Kosten für die Fettabsaugung von den Krankenkassen übernommen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die bis Ende Dezember befristete Regelung, wonach die Liposuktion beim Lipödem Stadium III eine Kassenleistung ist, bis zum 31. Dezember 2025 verlängert.

Der damals ohne Befristung gefasste Beschluss Teil B zur Finanzierung der Kostenpauschale 40165 für die beim Eingriff eingesetzte(n) Absaugkanüle(n) außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen gilt unverändert weiter.

Ärzte benötigen Genehmigung

Ärztinnen und Ärzte, die eine Liposuktion beim Lipödem im Stadium III durchführen wollen, benötigen eine Genehmigung zum ambulanten Operieren (nach Paragraph 135 Absatz 2 SGB V). Wer die Indikation stellen und den Eingriff zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung vornehmen will, braucht zudem Erfahrung in der Behandlung des Lipödems.

Bei der Durchführung der Liposuktionseingriffe sind Mindestanforderungen einzuhalten. Diese hat der G-BA in der „Qualitätssicherungs-Richtlinie zur Liposuktion bei Lipödem im Stadium III/QS-RL Liposuktion“ festgelegt. Laut G-BA ist auch diese Richtlinie bis Ende 2025 gültig.

Konservative Therapie muss Liposuktion vorausgehen

Durch die als Liposuktion bezeichnete Absaugung des krankhaften Fettgewebes wird zwar – häufig in mehreren Teileingriffen – versucht, eine Verbesserung der Bewegungsfähigkeit und damit eine Linderung der Beschwerden zu erreichen.

Grundsätzlich gilt aber, dass ein operatives Fettabsaugen des Lipödems im Stadium III erst dann durchgeführt werden kann, wenn zuvor eine konservative Therapie nicht zur Linderung der Beschwerden geführt hat. Diese muss mindestens sechs Monate lang durchgeführt worden sein und kann zum Beispiel Lymphdrainage, Kompression oder Bewegungstherapie umfassen.

Weitere Informationen finden Sie im Beschluss (754. Sitzung) und der Homepage der KBV:

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

https://www.kbv.de/html/1150_71969.php



17.Mammographie-Screening: Erhöhung des Overheads und Umstellung des Verfahrens im EBM

Für die Zeit ab dem 1. Januar 2025 wird das benötigte Finanzvolumen der KoopG wieder auf das Niveau vor dem 1. Juli 2024 zurückgeführt. Denn der Finanzbedarf kann ab diesem Zeitpunkt durch die zu erwartende höhere Inanspruchnahme des Mammographie-Screenings aufgrund der Erweiterung der Altersgruppe im Mammographie-Screening-Programm um die 70- bis 75-Jährigen gedeckt werden. Gleichzeitig wird eine Umstellung des Verfahrens vorgenommen.

Das neue Verfahren sieht vor, dass der Overheadaufschlag nicht mehr auf die Leistungsbewertung aller Gebührenordnungspositionen (GOP) des Abschnitts 1.7.3.1 aufgeschlagen wird und somit in der EBM-Bewertung enthalten ist, sondern von den Kassenärztlichen Vereinigungen automatisch zugesetzt wird. Der Aufschlag erfolgt nach der Umstellung nur noch auf die Bewertung der GOP 01750 (Röntgenuntersuchung Mammographie-Screening).

Die Zusetzung durch die Kassenärztliche Vereinigung erfolgt mittels folgender Pseudo-GOP:

- **Pseudo-GOP 80101: Overhead für die KoopG in Höhe von 5,28 Prozent**
- **Pseudo-GOP 80102: Overhead für die KV in Höhe von 1,56 Prozent**

Die zugehörigen Regelungen der Vereinbarung zur Aufteilung des Overheads im EBM wurden entsprechend angepasst.

Zeitgleich mit der Umstellung zum 1. Januar 2025 wird die Bewertung der Fallkonferenz im Mammographie-Screening-Programm (GOP 01758) um 4 Punkte erhöht, die damit die gleiche Bewertung wie vergleichbare Fallkonferenzen im EBM erhält. Hierbei handelt es sich um eine über alle EBM-Leistungen des Mammographie-Screenings finanzneutrale Umsetzung.

Eine Übersicht der Bewertungen und Overheadanteile finden Sie anbei.

*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.



I. Bewertung im EBM

Gebührenordnungsposition		Bewertung in Punkten gültig bis 30.06.2024	Bewertung in Punkten gültig ab 01.07.2024 gem. 725. BA	Bewertung in Punkten gültig ab 01.01.2025 gem. 725. BA
01750	Röntgenuntersuchung im Rahmen des Mammographie-Screening	558	560	529
01751	Aufklärungsgespräch im Rahmen des Mammographie-Screening	92	92	87
01752	Beurteilung von Mammographieaufnahmen im Rahmen des Mammographie-Screenin	41	41	39
01753	Abklärungsdiagnostik I im Rahmen des Mammographie-Screening	897	901	847
01754	Abklärungsdiagnostik II einschl. ultraschallgest. Biopsie im Rahmen des Mammographie-Screening	630	633	593
01755	Stanzbiopsie unter Röntgenkontrolle im Rahmen des Mammographie-Screening	1124	1129	1066
01756	Histopathologische Untersuchung im Rahmen des Mammographie-Screening	97	97	89
01757	Zuschlag Nr. 01756 für Aufarbeitung	106	106	99
01758	Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz im Rahmen des Mammographie-Screening	86	86	86
01759	Zuschlag zu der Leistung nach der Nr. 01753 oder 01755 für Vakuumstanzbiopsie(n) der Mamma	289	290	274

II. Overheadermittlung bis 31. Dezember 2024

Bezeichnung	gültig bis 30.06.2024	gültig ab 01.07.2024
Bewertung beinhaltet Overheadaufschlag auf Leistungsbewertung in %	5,47	5,92
Ermittlung der Höhe des Aufschlages	Bewertung / 105,47 * 5,47	Bewertung / 105,92 * 5,92
davon für KV	22,87%	21,11%
davon für KoopG	77,13%	78,89%

III. Overheadermittlung ab 1. Januar 2025

Bezeichnung	gültig bis 30.06.2024	gültig ab 01.07.2024	gültig ab 01.01.2025
Overheadaufschlag auf Bewertung der GOP 01750			
für KoopG (Kennziffer 80101)			5,28%
für KV (Kennziffer 80102)			1,56%