

Abrechnung

Rundschreiben der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland

Anlage zu Ausgabe 5/2025

Inhalt

1. Ergänztter Bewertungsausschuss beschließt EBM-Änderungen zur Komplexversorgung und zum Zweitmeinungsverfahren	2
2. Aufnahme der Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten in mehrere Richtlinien des G-BA	2
3. Außerklinische Intensivpflege: Bewertungsausschuss beschließt EBM-Änderung	3
4. BA beschließt EBM-Anpassungen für die Altersgruppe der Heranwachsenden im Kapitel 4 der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	4
5. Elektronische Ersatzbescheinigung: Abruf durch Praxen wieder möglich	4
6. Abschluss Kooperationsvereinbarung zum Kinder- und Jugendschutz nach § 73c SGB V	6
7. Höhere Gebühren in der Unfallversicherung ab Juli 2025	6
8. Neuaufnahme „Sonstige Kostenträger“ ab 3. Quartal 2025	7
9. Labor: Bewertungsausschuss beschließt Detailänderungen im EBM	8
10. Muster für Einwilligungserklärung bei genetischen Untersuchungen	9
11. Online-Abrechnung und digitale Sammelerklärung ab Quartal 1-2025 über neues Serviceportal KV Saarland MedHub möglich	10
12. Pauschale für die Erstbefüllung einer ePA: Prüffrist bis 30. September verlängert	11
13. NEU: Versand einer Quartalsstatistik ab dem Quartal 1/2025	11
14. Transmitter für Telemonitoring und telemedizinische Funktionsanalyse: Abrechnung ab Juli über den EBM möglich	12

1. Ergänzter Bewertungsausschuss beschließt EBM-Änderungen zur Komplexversorgung und zum Zweitmeinungsverfahren

Der ergänzte Bewertungsausschuss (ergBA) hat verschiedene Anpassungen mit Wirkung zum 1. Juli 2025 im EBM beschlossen (114. Sitzung, schriftliche Beschlussfassung).

Komplexversorgung Transition

Am 1. April ist die ambulante Komplexversorgung schwer psychisch kranker Kinder und Jugendlicher gestartet. Der Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut erhält eine Zusatzpauschale für Leistungen wie die Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie die Kooperation und Abstimmung mit an der Behandlung Beteiligten (GOP 37625) und hierfür einen Zuschlag für Leistungen im Rahmen der Transition (GOP 37626). Der ergBA hat nun in der zweiten Bestimmung zum Abschnitt 37.6 EBM klargestellt, dass der Zuschlag im Zusammenhang mit der Transition ebenso ausschließlich durch den Bezugsarzt oder den Bezugspsychotherapeuten berechnet werden kann.

Zweitmeinung Aortenaneurysmen

Radiologen mit besonderer Expertise in endovaskulären Verfahren (interventionelle Radiologie) sind zur Zweitmeinung vor Eingriffen an Aortenaneurysmen berechtigt. Der ergBA hat nun die Aufnahme der GOP 01645 für die Aufklärung und Beratung sowie Zusammenstellung der Patientenunterlagen in die Nummer 2 der Präambel 24.1 EBM beschlossen. Damit ist die GOP 01645 auch von Fachärzten für Diagnostische Radiologie berechnungsfähig.

Weitere Informationen finden Sie unter:

www.kbv.de/html/12177.php



2. Aufnahme der Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten in mehrere Richtlinien des G-BA

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat heute die neue Berufsgruppe der Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten in verschiedene Richtlinien der veranlassten Leistungen sowie in die Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, nachfolgend MVV-Richtlinie) aufgenommen.

Aufnahme der Berufsgruppe Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten und Anpassung folgender Richtlinien im Bereich Veranlasste Leistungen:

- Häusliche Krankenpflege-Richtlinie
- Heilmittel-Richtlinie
- Krankenhauseinweisungs-Richtlinie
- Krankentransport-Richtlinie
- Rehabilitations-Richtlinie
- Soziotherapie-Richtlinie

Demnach haben Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten nun dieselben Verordnungsbefugnisse wie Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und können künftig folgende Leistungen verordnen, für die die analogen Voraussetzungen und Einschränkungen gelten:

- Ergotherapie
- Krankentransport
- Krankenhausbehandlung
- Psychiatrische häusliche Krankenpflege
- Soziotherapie
- Medizinische Rehabilitation

Aufnahme der Berufsgruppe Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie in die MVV-Richtlinie.

3. Außerklinische Intensivpflege: Bewertungsausschuss beschließt EBM-Änderung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat kürzlich festgelegt, dass die verpflichtende Potenzialerhebung vor jeder ärztlichen Verordnung außerklinischer Intensivpflege (AKI) nur noch auf Versicherte beschränkt ist, die ab 1. Juli 2025 neu in diese Versorgung aufgenommen wurden.

Für diese Patienten dürfen Ärzte die Gebührenordnungsposition (GOP) 37710 für die Verordnung der Leistung weiterhin nur dann abrechnen, wenn das Ergebnis einer Potenzialerhebung vorliegt. Für Bestandsfälle gilt die angepasste Abrechnungsbestimmung im EBM nicht. Auch diese Patienten haben weiterhin Anspruch auf eine Potenzialerhebung – sie muss aber nicht vorliegen, damit der Arzt die Gebührenordnungsposition 37710 abrechnen darf.

Als Bestandsfälle gelten gesetzlich Versicherte, die bereits bis 30. Juni 2025 außerklinische Intensivpflege erhalten haben.

Der Bewertungsausschuss hat die Abrechnungsbestimmung der GOP 37710 „Verordnung außerklinischer Intensivpflege“ entsprechend angepasst. Demnach kann die Potenzialerhebung im Entlassmanagement des Krankenhauses oder auf dem vertragsärztlichen Formular 62 A erfolgen. Sie muss vor jeder Verordnung vorliegen, wenn diese ab 1. Juli erfolgt, und darf in der Regel nicht älter als drei Monate sein. Bei der Erhebung wird ärztlich festgestellt, ob es Anzeichen für eine nachhaltige Besserung der Funktionsstörung gibt und somit Aussicht auf eine Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung besteht.

Dazu hat der Bewertungsausschuss (BA) rückwirkend zum 1. Juli 2025 den EBM angepasst. Die Änderung erfolgt im Abschnitt 37.7 EBM, der ärztliche Leistungen gemäß der AKI-Richtlinie des G-BA enthält.

Weitere Informationen finden Sie unter:

www.kbv.de/984706



4. BA beschließt EBM-Anpassungen für die Altersgruppe der Heranwachsenden im Kapitel 4 der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

Im EBM wird für die Abrechnung von Untersuchungen und Behandlungen **bei 18 bis 20-jährigen Patienten durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Kapitel 4 EBM, zusätzlich die Altersgruppe der Heranwachsenden zum 1. Oktober 2025** in die Regelungen aufgenommen.

Diese Altersgruppe wird in der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin genannt und umfasst Personen ab Beginn des 19. Lebensjahres bis zum vollendeten 21. Lebensjahr. Danach können Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche und Heranwachsende behandeln. Gleiches gilt für Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt.

Ein Heranwachsender ist in Deutschland nach Paragraph 1 Absatz 2 Jugendgerichtsgesetz jede Person, die das 18. Lebensjahr, aber das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Folgende Anpassungen werden zum 1. Oktober 2025 im EBM vorgenommen:

- In die Allgemeinen Bestimmungen 4.3.5 EBM wird eine Definition für die Altersgruppe der Heranwachsenden gemäß Paragraph 1 Absatz 2 Jugendgerichtsgesetz aufgenommen.
- In die Präambel zum EBM-Kapitel 4 (Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendmedizin) wird eine Nummer 15 aufgenommen zur Klarstellung, dass die Gebührenordnungspositionen (GOP) dieses Kapitels für Versicherte bis zum vollendeten 21. Lebensjahr berechnungsfähig sind.
- In den Leistungslegenden und / oder Leistungsinhalten verschiedener GOP des EBM-Kapitels 4 erfolgt eine Anpassung der Altersgruppen.

Weitere Informationen finden Sie unter:

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



5. Elektronische Ersatzbescheinigung: Abruf durch Praxen wieder möglich

Inzwischen ist der Abruf der elektronischen Ersatzbescheinigung durch die Arztpraxen wieder bei allen Krankenkassen möglich.

Ärzte und Psychotherapeuten können somit für ihre Patienten einen **Versicherungsnachweis per KIM** anfordern, wenn die elektronische Gesundheitskarte nicht vorgelegt oder eingelesen werden kann.

Wegen einer Sicherheitslücke der elektronischen Patientenakte war der Abruf der elektronischen Ersatzbescheinigung vorübergehend deaktiviert worden.

Nicht betroffen hiervon war der Abruf der Daten durch die Patienten. Diese können über die App ihrer Krankenkasse die elektronische Ersatzbescheinigung selbst anfordern.

Die Krankenkasse schickt in diesem Fall den Versicherungsnachweis per KIM an die Arztpraxis. Dieses Verfahren ist seit dem 1. Juli für Krankenkassen und Vertragsarztpraxen verpflichtend. Das bedeutet, wenn Patienten die elektronische Ersatzbescheinigung anfordern, muss die Krankenkasse diese versenden und die Praxis muss diese empfangen.

Dieses Verfahren könnte demnach den Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin eine Möglichkeit bieten, bei Kindern ohne elektronische Gesundheitskarte, einen Versicherungsnachweis per KIM bei der jeweiligen Krankenkasse anzufordern.

Ersatzverfahren für Kinder bis drei Monate

Für die Abrechnung ambulanter Leistungen ist als Nachweis über die Versicherung des Patienten grundsätzlich das Einlesen der gültigen elektronischen Gesundheitskarte (eGK) erforderlich.

Bei Kindern bis zum vollendeten dritten Lebensmonat, für die noch keine elektronische Gesundheitskarte (eGK) der Krankenkasse oder ein ersatzweiser Anspruchsnachweis vorliegt, wenden Vertragsarztpraxen 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 verwendet 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.

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.kbv.de/praxis/praxisfuehrung/egk>



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



6. Abschluss Kooperationsvereinbarung zum Kinder- und Jugendschutz nach § 73c SGB V

Die KVS und der Landkreistag Saarland haben mit Wirkung zum 01.08.2025 eine Kooperationsvereinbarung zum Kinder- und Jugendschutz gemäß § 73c SGB V abgeschlossen. Damit soll die Zusammenarbeit von Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten mit den Jugendämtern gestärkt und somit der Schutz und die Versorgung von Kindern und Jugendlichen bei gewichtigen Anhaltspunkten einer Kindeswohlgefährdung weiter verbessert werden.

Bei einem Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung können Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten **ab dem 01.08.2025** Leistungen aus dem EBM abrechnen. Für die Meldung von gewichtigen Anhaltspunkten einer möglichen Kindeswohlgefährdung an das Jugendamt über den Meldebogen (Anlage 3) rechnen Sie die GOP 01681 ab. Für eine Fallbesprechung mit dem Jugendamt können Sie je vollendete 10 Minuten die GOP 01682 aus dem Abschnitt 1.6 des EBM in Ansatz bringen.

Die Fallbesprechung **muss** vom Jugendamt initiiert werden und kann entweder persönlich, telefonisch oder im Rahmen einer Videofallkonferenz durchgeführt werden. Rechnen Sie die GOP 01682 im Rahmen einer Videofallkonferenz ab, ist die Leistung in der Abrechnung mit dem Suffix „V“ (01682V) zu kennzeichnen. Zusätzlich kann der Technikzuschlag (GOP 01450) abgerechnet werden.

Bitte beachten Sie, dass die Ausführung und Abrechnung von Videosprechstunden genehmigungspflichtig ist und Sie über einen zertifizierten Videodienstanbieter verfügen (s. https://www.kvsaarland.de/gen_leistung/videosprechstunde).

Die Veröffentlichung der Kontaktdaten der saarländischen Jugendämter (Anlage 4) im geschützten Mitgliederbereich der KVS-Homepage erfolgt in Kürze.

Weitere Informationen finden Sie unter:

<https://www.kvsaarland.de/vertrag/kooperationsvereinbarungen-zum-kinder-und-jugendschutz>



7. Höhere Gebühren in der Unfallversicherung ab Juli 2025

Zum 1. Juli steigen die Gebühren der gesetzlichen Unfallversicherung um 4,41 Prozent. Die höhere Vergütung kommt Ärzten und Psychotherapeuten zugute, die für die gesetzliche Unfallversicherung tätig sind.

Die Erhöhung gilt für Leistungen, die bei Wege- oder Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten nach den Gebührenordnungen der Unfallversicherung berechnungsfähig sind (UV-GOÄ und Gebührenverzeichnis Psychotherapeutenverfahren, beides Anlagen zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger, siehe dazu „Mehr zum Thema“).

Im Jahr 2023 hatte die KBV bei den Verhandlungen über die Gebührensätze der gesetzlichen Unfallversicherung eine lineare Honorarsteigerung über fünf Jahre ausgehandelt. Demnach steigen die Gebühren entsprechend der Grundlohnsummenentwicklung immer zum 1. Juli eines Jahres und dabei maximal um fünf Prozent jährlich.

Ab Juli außerdem neue Leistungen

Auch die zum 1. Juli 2024 in Kraft getretenen neuen schmerztherapeutischen Gebührenpositionen nach den Nummern 6000 und 6001 UV-GOÄ werden erhöht. Die jährliche Genehmigungspflicht entfällt künftig.

Anpassungen bei der Psychotherapie

Die Gebühren für die psychotherapeutische Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung steigen zum 1. Juli ebenfalls um 4,41 Prozent.

Zur Steigerung und Sicherung der Behandlungsqualität bei Gruppentherapie ist eine Erhöhung des Abrechnungsanteils von 50 Prozent auf 75 Prozent je Teilnehmer bezogen auf die Gebühr P 28 vorgesehen.

Die Abrechnung setzt die fachliche Befähigung für Gruppenpsychotherapie nach der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte) voraus und ist auf Anforderung des Unfallversicherungsträgers nachzuweisen.

Für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die zum 1. Juli 2025 am Psychotherapeutenverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung teilnehmen, ist eine Übergangszeit für den Nachweis für ein Jahr nach Anforderung vorgesehen.

Weitere Informationen finden Sie unter:

<https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2025/06-26/hoehere-gebuehren-in-der-unfallversicherung-ab-juli>



8. Neuaufnahme „Sonstige Kostenträger“ ab 3. Quartal 2025

Ab dem **3. Quartal 2025** wird ein zusätzlicher „Sonstiger Kostenträger“ in die Kassenstammdatei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) aufgenommen:

VKNR	Kostenträger
73817	Landkreis Merzig-Wadern - Kreisjugendamt - Bahnhofstraße 44 66663 Merzig

Der Landkreis Merzig-Wadern erhält ab dem 3. Quartal 2025 für die Abrechnung nach § 40 SGB VIII – Gewährung von Krankenhilfe – Jugendhilfe einen neuen Kostenträger (73817).

Nach Auskunft des zuständigen Kostenträgers wird der Behandlungsschein mit „Krankenbehandlungsschein im Rahmen der Krankenhilfe nach dem SGB VIII“ gekennzeichnet.

Kostenträger Landkreis Merzig-Wadern

- 73807 Sozialhilfe nach § 48 SGB XII/ Asylbewerber nach § 4 AsylbLG
- 73817 Kreisjugendamt Krankenhilfe nach §40 SGB VIII

Bitte beachten Sie, dass die Behandlungsscheine im Original mit der Quartalsabrechnung an die KV Saarland eingereicht werden müssen.

Ansprechpartner:

Kerstin Beilmann/ Anja Reinert/ Nicole Jung

✉ honorar@kvsaarland.de

9. Labor: Bewertungsausschuss beschließt Detailänderungen im EBM

Der Bewertungsausschuss (BA) hat zum 1. Juli 2025 mehrere Detailänderungen im EBM zum Labor beschlossen.

Bezeichnung dermato-pathologische Zusatzweiterbildung in Abschnitt 10.1 EBM

In der Nummer 5 der Präambel 10.1 wird die Bezeichnung der zur Abrechnung der aufgeführten Leistungen erforderlichen Zusatzweiterbildung an die aktuelle Musterweiterbildung angepasst. Gemäß der(Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 gilt die Bezeichnung dermato-pathologische Zusatzweiterbildung.

Ergänzung zu den Kostenpauschalen In-vitro-Diagnostik

Aufgrund des Anfang 2025 in Kraft getretenen Beschlusses wurden jetzt Folgeanpassungen im EBM umgesetzt. In Abschnitt 40.3 EBM zu den Gebührenordnungspositionen 40090 (Kostenpauschale Entnahmematerial), 40092 (Kostenpauschale digitale Auftragserteilung und -nachverfolgung) und 40094 (Kostenpauschale Transport) wird die Gebührenordnungsposition 01870 (NIPT Trisomien 13, 18 oder 21) im Ziffernkranz ergänzt. Außerdem wird die Abschnittsüberschrift angepasst indem die Worte „für Auftragsleistungen“ entfällt.

Im Anhang 3 zum EBM – Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand – werden die Kurzlegenden der Gebührenordnungspositionen 01698, 12223 und 12224 entsprechend der jeweiligen Leistungslegenden im EBM wie folgt präzisiert:

GOP	Kurzlegende
01698	Zuschlag für Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01840 und 01915 für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 8 zugelassen sind
12223*	Grundpauschale für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 12 zugelassen sind, für Auftragsleistungen im Abschnitt 32.3 sowie nach den Gebührenordnungspositionen 01840 und 01915
12224	Untersuchungsauftrag auf Muster 10, der zur Durchführung vollständig an eine andere Arztpraxis weiterüberwiesen wird

Weitere Informationen finden Sie unter:

www.kbv.de/984706



10. Muster für Einwilligungserklärung bei genetischen Untersuchungen

Vor dem Einstellen von Ergebnissen genetischer Untersuchungen in die elektronische Patientenakte müssen Patienten schriftlich oder elektronisch zustimmen. Die KBV stellt den Praxen für solche Fälle ein Muster für eine Einwilligungserklärung bereit.

Mit der Unterschrift der Einwilligungserklärung stimmt ein Patient zu, dass die Arztpraxis das Ergebnis einer genetischen Untersuchung oder Analyse nach dem Gendiagnostikgesetz in der elektronischen Patientenakte (ePA) speichern darf. Der Arzt legt die Einwilligung in seiner Behandlungsdokumentation ab.

Ergebnisse genetischer Untersuchungen oder Analysen gehören zu den Daten, die Praxen einstellen müssen, sofern der Patient nicht widerspricht. Das Besondere hierbei ist, dass der Patient explizit einwilligen muss. Anderenfalls darf die Praxis das Ergebnis nicht einstellen.

Informationspflichten bei anderen Daten

Besondere Informationspflichten gelten auch für Erkrankungen, bei denen ein Risiko von Diskriminierung oder Stigmatisierung bei Bekanntwerden besteht, insbesondere bei sexuell übertragbaren Infektionen, psychischen Erkrankungen und Schwangerschaftsabbrüchen. In diesen Fällen müssen Ärzte und Psychotherapeuten die Patienten auf ihr Widerspruchsrecht hinweisen. Dies kann mündlich oder per Aushang erfolgen.

In allen anderen Fällen sind Ärzte und Psychotherapeuten nur verpflichtet, ihre Patienten darüber zu informieren, welche Daten sie im Rahmen ihrer gesetzlichen Verpflichtung in die ePA einstellen,

zum Beispiel Arztbriefe und Befundberichte. Dies kann ebenfalls mündlich oder per Aushang erfolgen. Widerspricht ein Patient, wird dies in der Behandlungsdokumentation protokolliert.

Patienten, die dem Einstellen von Daten widersprechen, sollten wissen, dass auch die Medikationsliste und die Leistungs- und Abrechnungsdaten, die automatisch in die ePA fließen, Aufschluss über eine Erkrankung geben können. Wer das nicht möchte, muss der Medikationsliste und den Leistungsdaten widersprechen oder diese per ePA-App verbergen, damit die Daten kein anderer sehen kann.

Einwilligungserklärung steht online bereit

Das Muster der Einwilligungserklärung steht zum Herunterladen und Ausdrucken auf der Homepage der KBV bereit. Dort finden Praxen weitere Informationen zur ePA, auch zu den Informations- und Dokumentationspflichten und welche Möglichkeiten des Widerspruchs bestehen.

<https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2025/06-12/muster-fuer-einwilligungserklaerung-bei-genetischen-untersuchungen>



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

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

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

Kurz zum Ablauf der Abrechnungsabgabe:

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

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

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

WICHTIG!

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

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

NEU:

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

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter

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



12. Pauschale für die Erstbefüllung einer ePA: Prüffrist bis 30. September verlängert

Der Bewertungsausschuss (BA) hat die Prüffrist für die Vergütung der Erstbefüllung einer elektronischen Patientenakte (ePA) bis Ende September 2025 verlängert.

Die Prüfung befasst sich insbesondere mit der Erforderlichkeit einer Anpassung der Gebührenordnungsposition 01648 (Sektorenübergreifende Erstbefüllung einer ePA; aktuelle Bewertung im EBM 89 Punkte) hinsichtlich der Bewertung sowie einer möglichen Anpassung der Leistungsstruktur im Zusammenhang mit Tätigkeiten bei der ePA. Die Beratungen in den Gremien des Bewertungsausschusses konnten bisher nicht abgeschlossen werden und dauern an. Sofern im Ergebnis Anpassungen erforderlich sind, wird der BA einen Beschluss mit Wirkung zum 1. Oktober 2025 fassen.

Weitere Informationen finden Sie unter:

www.kbv.de/984706



13. NEU: Versand einer Quartalsstatistik ab dem Quartal 1/2025

Ab dem Quartal 1-2025 steht den Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland eine Quartalsstatistik auf Leistungs- sowie auf Honorarebene zur Verfügung. Diese kann etwa zwei bis drei Wochen nach Zugang des Honorarbescheides über das Serviceportal KV Saarland MedHub abgerufen werden. Die Statistik ist ausschließlich in digitaler Form (mit gesichertem Zugang) zu erhalten. Eine postalische oder per Mail versandte Quartalsstatistik ist nicht möglich. Es handelt sich hierbei nicht um eine Anlage zum Honorarbescheid - die Auswertung dient lediglich zu statistischen Zwecken.

Hintergrund der Einführung einer Quartalsstatistik

Nachdem die Anlage A20 aus datenschutzrechtlichen Gründen dem Honorarbescheid entnommen wurde, gab es viele Rückfragen durch die Mitglieder der KV Saarland. Um auf deren Wünsche und Vorstellungen einzugehen und diese in Einklang mit dem Datenschutz zu bringen, wurde die AG Quartalsstatistik gegründet. Die Arbeitsgemeinschaft (AG) bestand aus Mitgliedern der Vertreterversammlung sowie aus Mitarbeitern der Kassenärztlichen Vereinigung.

In den insgesamt drei Sitzungen wurden alle Vorschläge der ärztlichen Mitglieder gesammelt. Daraufhin wurden zwei Entwürfe - eine Statistik auf Leistungs- und eine auf Honorarebene - erstellt und gemeinschaftlich optimiert. Die finalen Statistiken mit einem Merkblatt wurden in der letzten Sitzung vorgestellt und durch die AG einstimmig freigegeben.

14. Transmitter für Telemonitoring und telemedizinische Funktionsanalyse: Abrechnung ab Juli über den EBM möglich

Mit der neuen Kostenpauschale 40909 können Ärzte ab Juli die Transmitter-Kosten für ihre Herz-Patienten abrechnen. Die externen Übertragungsgeräte kommen beim Telemonitoring bei Herzinsuffizienz und der telemedizinischen Funktionsanalyse zum Einsatz. Durch die Abrechnung über den EBM wird die Kostenerstattung für Ärzte und telemedizinische Zentren vereinfacht.

Neue Kostenpauschale 40909

Die neue Kostenpauschale 40909 für einen erforderlichen Transmitter im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung(en) nach der/den Gebührenordnungsposition(en) 04414, 04416, 13574, 13576 oder 13584 ist mit 396,67 Euro bewertet und wird extrabudgetär vergütet.

Sie ist einmal je Krankheitsfall und insgesamt drei Mal je Patient berechnungsfähig. Wird aufgrund eines erforderlichen Wechsels des implantierten Aggregates ein neuer Transmitter erforderlich (z. B. bei Ende der Batterielaufzeit), kann die Kostenpauschale 40909 erneut einmal je Krankheitsfall insgesamt drei Mal berechnet werden.

Nicht erneut berechnungsfähig ist die Kostenpauschale 40909 jedoch bei einem notwendigen Austausch des Transmitters ohne Wechsel des Implantats (z. B. bei Defekt). Dies gilt auch für einen vorzeitigen Implantat-Austausch im Rahmen einer anerkannten Garantie oder Regressleistung. Mit Berechnung der Kostenpauschale 40909 sind alle Funktions-, Service- und Betriebskosten (z. B. Infrastrukturkosten, Austausch bei Defekt) abgegolten.

Für Patienten, die bereits mit einem Transmitter ausgestattet sind, ist die Kostenpauschale 40909 nicht berechnungsfähig.

Im Zusammenhang mit der Aufnahme der Kostenpauschale 40909 erfolgt auch eine Anpassung der Allgemeinen Bestimmungen Nummer 7.2 des EBM

Weitere Informationen finden Sie unter:

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

https://www.kbv.de/html/1150_75125.php



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.