

28. März 2024

2. Quartal 2024 – Wichtige Informationen

Für das 2. Quartal 2024 gibt es wichtige Abrechnungsinformationen und Änderungen.

1) Telematik-Infrastruktur (TI) - drohende Honorarkürzung bei Fehlen der Fachanwendung elektronisches Rezept ab 1. Mai 2024

Mit dem Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (DigiG - Gesetz) hat der Gesetzgeber eine weitere Honorarkürzung aufgrund des Fehlens einer Fachanwendung im Rahmen der Telematik-Infrastruktur auf dem Weg gebracht. Praxen, die nicht über die TI-Fachanwendung elektronisches Rezept verfügen, droht ab dem 2. Quartal 2024 eine Kürzung der Vergütung um ein Prozent je Quartal. Für Praxen, deren Honorar bereits aufgrund der fehlenden TI-Anbindung oder Fachanwendung ePA gekürzt wird, ist die Honorarkürzung bei Fehlen der Einsatzbereitschaft der Fachanwendung eRezept nach dem Willen des Gesetzgebers zusätzlich vorzunehmen. Das Gesetz ist am 26.03.2024 in Kraft getreten, die Honorarkürzung gilt ab dem 01.05.2024. Ausgenommen von der Kürzung sind Facharztgruppen, die im Regelfall keine verschreibungspflichtigen Arzneimittel verordnen. Die Ausnahme gilt somit für Praxen, in denen ausschließlich Ärzte oder psychologische Psychotherapeuten der folgenden Fachrichtungen tätig sind: psychologische Psychotherapie, psychologische Kinder- und Jugendpsychotherapie, Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie, Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, Pathologie, Fachwissenschaftler der Medizin, Radiologie, ausschließlich mobil bei Operateuren tätige Anästhesisten, Mammographie-Screeningseinheiten.

Sie haben im KVSAonline Portal im Menü „Dienste“ unter „Praxisausstattung“ die Möglichkeit, die in der Praxis verfügbaren Fachanwendungen der TI per Selbsterklärung gegenüber der KVSA nachzuweisen. Nutzen Sie bitte die Möglichkeit um eine Kürzung vermeiden zu können.

2) Corona-Impfung – Klarstellung

Seit Übergang der Corona-Impfung in die Regelversorgung zum 8. April 2023, gelten für die nachfolgend genannten Patientengruppen besondere Regelungen:

Privatpatienten:

- Impfleistung für Privatpatienten wird dem Patienten gemäß GOÄ in Rechnung gestellt
- Impfstoff wird nicht dem Patienten in Rechnung gestellt, da er weiterhin über den Bund finanziert wird (Kostenträger: Bundesamt für soziale Sicherung)

Sonstige Kostenträger:

- für sonstige Kostenträger (SOK) sind mit dem Kostenträger geschlossene Verträge zu beachten
- Impfungen für Polizeivollzugsbeamte des Landes Sachsen-Anhalt nur auf Überweisungsschein vom Polizeiarzt/Polizei Vertragsarzt berechnungsfähig

Eine Übersicht der Verträge mit einzelnen Sonstigen Kostenträgern finden Sie unter:
www.kvsa.de > Start > Praxis > Verträge > Sonstige Kostenträger

Die Übersicht über die Imp fziffern für GKV-Versicherte finden Sie unter:
www.kvsa.de > Start > Praxis > Verträge > Impfen > Abrechnungsziffern und Preise

3) Blankverordnung Ergotherapie

Ab 01.04.2024 können Ärzte und Psychotherapeuten Blankverordnungen für Ergotherapie ausstellen.

Was müssen Praxen beachten?

- vorerst nur für drei Indikationsbereiche der Ergotherapie möglich (Diagnosegruppen: SB1, PS3, PS4)
- Entscheidung über das Ausstellen einer Blankverordnung obliegt dem Arzt/ Psychotherapeuten und wird beim Verordnungsvorgang nach Auswahl der Diagnosegruppe durch die Praxissoftware abgefragt
- erkennbar an dem Aufdruck „BLANKOVERORDNUNG“ im Feld „Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges“ (Muster 13)
- auf folgende Angaben wird verzichtet:
 - Heilmittel gemäß Heilmittelkatalog einschließlich ergänzender Angabe (z. B. „Doppelbehandlung“)
 - Anzahl der Behandlungseinheiten
 - Therapiefrequenz
- Ergotherapeuten entscheiden über Inhalt, Menge und Intensität der Behandlung und übernehmen damit sowohl die wirtschaftliche als auch die erweiterte Versorgungsverantwortung
- **Blankverordnungen unterliegen nicht den vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106b SGB V**
- Gültigkeit maximal 16 Wochen (ab Verordnungsdatum)
- Therapieberichte sind weiterhin über das Muster 13 anzufordern
- Verordnungssoftware soll laut KBV mit dem Quartalsupdate die Stammdaten enthalten

Detaillierte Informationen über die Blankverordnung der Ergotherapie finden Sie in der PRO 03/2024 auf den Seiten 16 und 17.

4) Cannabis ab 1. April 2024 nicht mehr auf BtM-Rezept verordnen

Mit der Teil-Legalisierung von Cannabis zum 1. April 2024 unterliegt die Verordnung von medizinischem Cannabis – bis auf eine Ausnahme – nicht mehr dem Betäubungsmittelgesetz.

- Auf einem **BtM-Rezept** muss weiterhin der Wirkstoff Nabilon (zurzeit: Canemes® Kapseln, AOP Orphan Pharmaceuticals GmbH Vertrieb Deutschland) verordnet werden.
- Auf einem eRezept oder einem roten Rezept (Muster 16) werden ab dem 1. April 2024 alle anderen Cannabis-haltigen Produkte oder Arzneimittel zu medizinischen Zwecken verordnet: Pflanzen, Blüten und sonstige Pflanzenteile der zur Gattung Cannabis gehörenden Pflanzen, sowie Delta-9-Tetrahydrocannabinol einschließlich Dronabinol und Zubereitungen aller vorgenannten Stoffe.

Die Verordnung von medizinischem Cannabis unterliegt ab dem 1. April 2024 dem Medizinal-Cannabisgesetz (MedCanG), der private Gebrauch dem Konsumcannabisgesetz (KcanG).

Alle anderen Regelungen für die Verordnung von Cannabis für medizinische Zwecke (Voraussetzung, Genehmigung usw.) gelten unverändert fort.

5) Änderung Zuzahlungsbeträge für Physikalische Therapie

Für Praxen, die selbst Heilmittelbehandlungen in den Praxisräumen erbringen, gelten ab April 2024 veränderte Zuzahlungsbeträge.

Nach § 32 Abs. 2 SGB V haben Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, Zuzahlungen an die Heilmittelerbringer zu leisten. Dies gilt auch für die Abgabe von physikalisch-medizinischen Leistungen als Bestandteil der ärztlichen Behandlung. Die Zuzahlungsbeträge verbleiben in der Praxis und werden bei der Abrechnung nachstehender Gebührenordnungsposition (GOP) verrechnet.

Bei Patienten, die eine Bescheinigung über die Befreiung von Zuzahlungen ihrer Krankenkasse vorlegen, verwenden Sie bitte die jeweilige nachstehende GOP mit einem direkt an die Leistung anschließenden „A“ (z. B. 30410A).

Zuzahlungsbeträge bei Abgabe von Heilmitteln in Arztpraxen gemäß § 32 Abs. 2 SGB V für Primär- und Ersatzkassen

| GOP | Leistungsinhalt | Gesetzlicher Zuzahlungsbeitrag pro ärztlicher Behandlung ab 01.04.2024 |
|------------|---|---|
| 30400 | Massagetherapie | 2,03 € |
| 30402 | Unterwasserdruckstrahlmassage | 3,17 € |
| 30410 | Atemgymnastik (Einzelbehandlung) | 2,78 € |
| 30411 | Atemgymnastik (Gruppenbehandlung) | 1,24 € |
| 30420 | Krankengymnastik (Einzelbehandlung) | 2,78 € |
| 30421 | Krankengymnastik (Gruppenbehandlung) | 1,24 € |

Die Übersicht über die aktuellen Zuzahlungsbeträge finden Sie unter:
www.kvsa.de > Start > Praxis > Verordnungsmanagement > Heilmittel

6) Weitere Beschlüsse und Informationen

➤ **In-vitro-Diagnostik auf Muster 10 ab 1. April 2024**

KBV und GKV-Spitzenverband einigten sich auf die ab 01.04.2024 geltende einheitliche Veranlassung von histopathologischen Leistungen der EBM-Abschnitte 1.7 und 19.3 über Muster 10, um die Abläufe in Praxen und Laboren zu vereinfachen.

Regelung bis 31.03.2024:

- Beauftragung erfolgt entweder über Muster 6 oder Muster 10
- derzeit mit zusätzlichem Aufwand in der Softwarepflege und den Arbeitsabläufen

Regelung ab 01.04.2024:

- einheitliche Beauftragung von Materialsendungen bei in-vitro-diagnostischen Untersuchungen nach den Abschnitten 1.7 und 30.12.2 EBM sowie nach den Kapiteln 11, 19 und 32 EBM als Auftragsleistungen auf Muster 10

- Muster 10 wird in „Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen“ umbenannt und das Ankreuzfeld „Behandlung gemäß § 116b SGB V“ heißt künftig „SER“ (Soziales Entschädigungsrecht)
- Veranlassung von Zytologie und HPV-Tests im Rahmen der Früherkennung auf Zervixkarzinom erfolgt weiterhin auf Muster 39

Aufgrund des Verzichts auf eine Stichtagsregelung können „alte“ Muster 10 aufgebraucht werden.

➤ **Kostenpauschale 40128**

Mit Wirkung zum 01.04.2024 wird der Leistungsinhalt der Kostenpauschale 40128 angepasst und in diesem Zusammenhang die GOP 40131 gestrichen.

GOP 40128 neuer Leistungsinhalte ab 01.04.2024 ist:

- postalische Versendung eines Stylesheets (eAU) im Zusammenhang mit der Durchführung von Besuchsleistungen (GOP 01410 bis 01413, 01415 und 01418)

Durch die Ergänzung des Versands der eAU nach einer Besuchsleistung wird die Leistung 40131 im Abschnitt 40.4 EBM gestrichen.

➤ **Zweitmeinungsverfahren Amputation beim Diabetischen Fußsyndrom**

Die im Rahmen dieses Zweitmeinungsverfahrens erbrachten und entsprechend gekennzeichneten Leistungen, werden zum 01.04.2024 in die MGV überführt. Die Vergütung erfolgt somit im Rahmen der RLV-/QZV.

➤ **Weitere DiGA dauerhaft aufgenommen – ohne zusätzliche Vergütung**

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat seit November 2023 dauerhaft die digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) Cara care für Reizdarm, edupression.com, Meine Tinnitus-App - Das digitale Tinnitus Counseling und neolexon Aphasie in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen. Eine EBM Anpassung ist jedoch nicht erforderlich, da das BfArM keine weiteren ärztlichen Tätigkeiten in diesem Zusammenhang bestimmt hat.

➤ **eArztbrief – Finanzierung noch nicht final geklärt**

Für den Fall der rückwirkenden Weiterführung der Finanzierung des eArztbriefes setzen Sie bitte weiterhin die GOP 86900 (Versand des eArztbriefes) und 86901 (Empfang des eArztbriefes) an, um bei einer Anschlussregelung mit einer Vergütung rechnen zu können. Zwischenzeitlich hat das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg bestätigt, dass die Übermittlungspauschalen für eArztbriefe durch die Ersatzvornahme zur Finanzierung der Telematikinfrastruktur (TI) des Bundesgesundheitsministeriums nicht aufgehoben hat und insofern die GOP 86900 und 86901 weiterhin gelten sollten. Die Reaktion der Krankenkassen auf diese Beurteilung bleibt aktuell abzuwarten.

Für Rückfragen stehen Ihnen folgende Mitarbeiter/innen zur Verfügung:

Abrechnung:

- Rebecca Maybaum Tel. 0391/627-7101 abrechnung@kvsa.de

Abrechnungsadministration (TI-Pauschalen):

- Katharina Pilch Ramona Meyer
0391/627-7201 0391/627-6201

Verordnungsmanagement:

- Heike Drückler Susanne Wroza Laura Bieneck
0391/627-7438 0391/627-7437 0391/627-6437
- Verordnung@kvsa.de

Vertragsabteilung (Zuzahlungen):

- Heike Fürstenau Tel. 0391/627-6249 Heike.Fuerstenau@kvsa.de

Ihre Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt.