

# Abrechnung

Rundschreiben der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland

Anlage zu Ausgabe 3/2024  
– Mai 2024

## Inhalt

1.	EBM-Detailänderungen aufgrund ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie	2
2.	Abrechnung der GOP 01480 - Beratung über Organ- und Gewebespenden	2
3.	Hybrid-DRG-Verordnung: Übergangsregelung für prä- und postoperative Leistungen (gültig vom 01. Januar 2024 bis 31. Dezember 2024)	3
4.	Mammographie-Screening: EBM wird zum 1. Juli 2024 angepasst	4
5.	Übermittlungspauschale für eArztbriefe gilt unverändert	5
6.	Weitere DiGA „prioivi“ und „Endo-App“ dauerhaft ins DiGA-Verzeichnis aufgenommen – keine zusätzliche Vergütung	5
7.	Neue Kostenpauschalen für In-vitro-Diagnostik und Anpassung des laborärztlichen Honorars	6
8.	Hygienezuschläge – rückwirkend ab dem 01.01.2024	12

## 1. EBM-Detailänderungen aufgrund ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie

### Gentherapeutika bei Hämophilie

Rückwirkend zum 1. April 2024 wird die jeweils vierte Anmerkung zu den GOP 30320 bis 30323 (Infusionstherapie mit Valoctocogen Roxaparvovec) und zur GOP 30326 (Intravasale Infusionstherapie mit Etranacogen dezaparvovec 4h) im Abschnitt 30.3.3 EBM gestrichen. Diese regelten bisher, dass die genannten GOP erst ab Inkrafttreten der Anlage IV (Gentherapeutika bei Hämophilie) der ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie berechnungsfähig sind.

**Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Beschluss unter folgendem Link:**

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



## 2. Abrechnung der GOP 01480

### - Beratung über Organ- und Gewebespenden

Haus- und Kinderärzte weisen seit März 2022 ihre Patienten regelmäßig darauf hin, dass diese mit Vollendung des 16. Lebensjahres eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende abgeben, ändern und widerrufen und mit Vollendung des 14. Lebensjahres einer Organ- und Gewebespende widersprechen können (nach § 2 Absatz 1a TPG).

**Diese Beratung umfasst nach § 2 Absatz 1a TPG insbesondere:**

- die Möglichkeiten der Organ- und Gewebespende,
- die Voraussetzungen für eine Organ- und Gewebeentnahme bei toten Spendern, einschließlich der Bedeutung einer abgegebenen Erklärung zur Organ- und Gewebespende und des Entscheidungsrechts der nächsten Angehörigen nach §4,
- die Bedeutung der Organ- und Gewebeübertragung im Hinblick auf den für kranke Menschen möglichen Nutzen einer medizinischen Anwendung von Organen und Geweben einschließlich von aus Geweben hergestellten Arzneimitteln
- Die Möglichkeit eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende im Register abzugeben.

Die GOP 01480 kann von allen Fachärzten berechnet werden, welche berechtigt sind, Gebührenordnungspositionen der Kapitel 3 oder 4 abzurechnen.

**Ein Vergütungsanspruch besteht pro Patient alle zwei Kalenderjahre.**

### **3. Hybrid-DRG-Verordnung: Übergangsregelung für prä- und postoperative Leistungen (gültig vom 01. Januar 2024 bis 31. Dezember 2024)**

Der Bewertungsausschuss hat im Zusammenhang mit der Hybrid-DRG-Verordnung nach § 115f SGB V kurzfristig mehrere EBM-Änderungen als **vorläufige Übergangsregelung** beschlossen (708. Sitzung, schriftliche Beschlussfassung). Sie **treten rückwirkend zum 1. Januar 2024** in Kraft. So können Ärzte jetzt auch bei Eingriffen des Katalogs nach § 115f SGB V prä- und postoperative Leistungen aus dem EBM-Kapitel 31 abrechnen. Die entsprechenden Regelungen gelten zunächst bis 31. Dezember 2024.

#### **Präoperative Leistungen des Abschnitts 31.1.2**

Durch die Aufnahme einer dritten Bestimmung zum EBM-Abschnitt 31.1.1 EBM wird klargestellt, dass Vertragsärzte präoperative Leistungen im Zusammenhang mit Eingriffen gemäß der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Verordnung nach § 115f SGB V - **sofern sie außerhalb der Einrichtung, in der die Operation durchgeführt wird, erfolgen** - nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.1.2 berechnen können.

#### **Postoperative Leistungen der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3**

Für postoperative Leistungen gibt es eine neue Nr. 6 der Präambel zum Abschnitt 31.4.1 EBM. Sie regelt, dass Vertragsärzte für postoperative Behandlungen im Zusammenhang mit Eingriffen entsprechend der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Verordnung die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3 abrechnen können.

#### **Hierfür gilt**

Die berechnungsfähige GOP des Abschnitts 31.4.3 richtet sich nach dem OPS-Kode des durchgeführten Eingriffs und dessen Zuordnung gemäß Anhang 2 zum EBM.

Für OPS-Kodes der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Verordnung, die nicht im Anhang 2 des EBM enthalten sind, sind folgende GOP abweichend von der jeweiligen Leistungslegende und **unter Angabe der GOP 88110 (Im Zeitraum vom 01.01.24 bis 31.03.24 kann auf diese Angabe verzichtet werden!)** berechnungsfähig:

- GOP 31600 für Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs
- GOP 31611 für Operateure
- GOP 31610 für Ärzte im fachärztlichen Versorgungsbereich, die auf Überweisung des Operateurs die postoperative Behandlung übernehmen

Erfolgt der Eingriff nach § 115f SGB V durch ein Krankenhaus, können Ärzte die GOP des Abschnitts 31.4.2 oder 31.4.3 abweichend von der Leistungslegende und Satz 1 der Nr. 1 der Präambel 31.4.1 ohne Überweisung des Operateurs abrechnen.

**Für die Eingriffe 5-490.0, 5-490.x, 5-490.y, 5-491.0, 5-492.1, 5-561.2, 5-581.0, 5-581.x und 5-581.y nach Anlage 1 der HybridDRG-Verordnung sind keine Leistungen gemäß der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3 berechnungsfähig.**

**Den Beschluss und zusätzliche Infos finden Sie unter:**

[https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2024-04-18\\_ba708.pdf](https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2024-04-18_ba708.pdf)

[https://www.kbv.de/html/1150\\_68598.php](https://www.kbv.de/html/1150_68598.php)



## 4. Mammographie-Screening: EBM wird zum 1. Juli 2024 angepasst

### Mammographie-Screening-Programm

Der Bewertungsausschuss hat die Aufnahme einer vierten Bestimmung in den Abschnitt 1.7.3.1 EBM beschlossen. Damit sind die GOP dieses Abschnitts auch während der ab dem 1. Juli 2024 gültigen Übergangsregelung gemäß Abschnitt B III Paragraf 23b der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-Richtlinie) berechnungsfähig.

Durch die Anpassung können alle Ärztinnen und Ärzte, die am Mammographie-Screening-Programm teilnehmen, auch bei Frauen zwischen 70 und 75 die Gebührenordnungspositionen (GOP) des Abschnitts 1.7.3.1 EBM abrechnen. Hierzu gehören unter anderem das Aufklärungsgespräch, die Abklärungsdiagnostik sowie die Röntgenuntersuchung.

Die Erweiterung der oberen Altersgrenzen im Mammographie-Screening-Programm erfordert eine schrittweise Anpassung der bestehenden Programmstrukturen. Bis zur vollständigen Umstellung der softwaregestützten Datenflüsse werden gemäß Paragraf 23b Satz 1 der KFE-Richtlinie die Vorgaben in Abschnitt B III (Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening) in Paragraf 13 Absatz 1 Satz 1, in Paragraf 20 Absatz 4 und Absatz 5 Satz 2, in Paragraf 23 Absatz 1 sowie in Absatz 3 der KFE-Richtlinie für Frauen ab dem Alter von 70 Jahren ausgesetzt.

Zur kurzfristigen Bereitstellung neuer Fachkräfte werden auch die zeitlichen Vorgaben zur Erlangung der fachlichen Qualifikation in den Paragrafen 18 und 19 der KFE-RL und in den Paragrafen 5, 24, 25 und 27 der Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte gemäß Satz 3 der Übergangsregelungen des Paragrafen 23b Abschnitt B III vorübergehend ausgesetzt.

**Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Beschluss unter folgendem Link:**

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



## 5. Übermittlungspauschale für eArztbriefe gilt unverändert

Die Übermittlungspauschale für eArztbriefe gilt auch nach dem 1. Juli 2023 unverändert. Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg hat nach einem Erörterungstermin mitgeteilt, dass das Bundesgesundheitsministerium mit seiner TI-Festlegung vom 1. September 2023 diese Regelung nicht aufgehoben habe, sondern sie bis heute weitergelten würde.

Die KBV geht nach Aussage des Gerichts davon aus, dass die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte die im Bundesmantelvertrag enthaltenen Pauschalen weiterhin abrechnen können, auch für bereits zurückliegende Zeiträume nach dem 1. Juli 2023. Dies gelte so lange, bis der GKV-Spitzenverband und die KBV eine andere Regelung getroffen haben.

Somit steht für Praxen eine Vergütung für das Übermitteln von eArztbriefen über KIM zu. Der **Versand eines eArztbriefs wird dabei mit 28 Cent (GOP 86900) und der Empfang mit 27 Cent (GOP 86901)** vergütet – bis zu einem Höchstwert von 23,40 Euro je Quartal und Arzt. Das regelt der Bundesmantelvertrag.

## 6. Weitere DiGA „prioivi“ und „Endo-App“ dauerhaft ins DiGA-Verzeichnis aufgenommen – keine zusätzliche Vergütung

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat im März 2024 zwei weitere digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen: „prioivi - digitale Unterstützung der Borderline-Behandlung“ und „Endo-App“ zur multimodalen Unterstützung von Endometriose-Betroffenen.

### Keine Anpassung im EBM erforderlich

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

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

## **7. Neue Kostenpauschalen für In-vitro-Diagnostik und Anpassung des laborärztlichen Honorars**

Für in-vitro-diagnostische Leistungen werden zum 1. Januar 2025 neue Kostenpauschalen in den EBM aufgenommen. Damit werden der Transport der Proben, die kostenfreie Bereitstellung des Entnahmematerials wie Probengefäße und Abstrichbestecke sowie die Technik zur elektronischen Auftragserteilung spezifisch vergütet. Zudem gibt es Anpassungen beim laborärztlichen Honorar.

### **Transportpauschale künftig für alle Auftragsleistungen**

Mit dem jetzt gefassten Beschluss des Bewertungsausschusses gibt es zwei neue Transportpauschalen: die Gebührenordnungsposition (**GOP**) **40094** für In-vitro-Diagnostikleistungen ausgenommen die gynäkologische Zytologie und HPV sowie die **GOP 40095** für In-vitro-Diagnostik der gynäkologischen Zytologie und HPV. Sie werden jeweils als Zuschlag für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen gezahlt. Damit erhalten Laborärzte künftig für alle Behandlungsfälle mit Transportaufwand eine Transportpauschale.

**Die neuen Kostenpauschalen ersetzen ab Januar 2025 die bisherige Transportpauschale 40100. Ebenso fallen dann die GOP 01699 und 12230 weg.** Diese Zuschläge können seit Wegfall der Portopauschalen 40120 bis 40126 in Behandlungsfällen mit Leistungen des Allgemeinlabors (EBM-Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7) abgerechnet werden, bei denen die Abrechnung der GOP 40100 ausgeschlossen ist. Ab dem 1. Januar 2025 ist auch in diesen Behandlungsfällen eine Transportkostenpauschale berechnungsfähig.

### **Neue Pauschalen für Entnahmematerial und eAufträge**

Zukünftig werden Entnahmematerial und Komponenten zur digitalen Auftragserteilung (eAuftrag) für die In-vitro-Diagnostik unter bestimmten Voraussetzungen über Kostenpauschalen vergütet. Beauftragte Ärzte können das Entnahmematerial, insbesondere Probengefäße, Sicherheitskanülen und Abstrichbestecke ihren Einsendern zur Verfügung stellen und dafür die Kostenpauschale abrechnen. In diesen Fällen ist eine Gebühr für das Entnahmematerial vom veranlassenden Arzt nicht zu verlangen. Sie können ebenso ein System oder ein Modul für eAufträge bereitstellen und erhalten dafür eine Vergütung.

### **Finanzierung der neuen Pauschalen**

Mit den neuen Kostenpauschalen werden die Aufwände der Laborarztpraxen für Transport, Entnahmematerial und eine elektronische Auftragsübermittlung transparent im EBM ausgewiesen. Die Leistungsinhalte der neuen Pauschalen werden derzeit aus den Leistungen der In-vitro-Diagnostik querfinanziert. Diese Querfinanzierung wird ab 1. Januar 2025 aufgehoben und die Bewertung der Leistungen wird deshalb entsprechend gemindert.

## Anpassungen beim laborärztlichen Honorar

Hierfür passt der Bewertungsausschuss die Grundpauschalen und deren Abstufungsgrenzen zum 1. Januar 2025 an. Zur Gegenfinanzierung werden die Bewertungen der technischen Leistungen zum 1. Januar 2025 entsprechend gemindert.

Zudem sind die GOP des EBM-Kapitels 12 künftig **ausschließlich von Fachärztinnen und 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. Die Ärztinnen und Ärzte, die zukünftig von der Berechnung der GOP im EBM-Kapitel 12 ausgeschlossen sind, aber Auftragsleistungen des EBM-Kapitels 32 durchführen, **rechnen zukünftig die GOP 01437 ab**.

## Neue Kostenpauschalen ab 1. Januar 2025

### Kostenpauschalen für Entnahmematerial

Kostenpauschale	Beschreibung	Bewertung
40089	Zuschlag zu den GOP 01812 und 01930 und zu den GOP des Abschnitts 32.2 für die Kosten der Beschaffung und Bereitstellung von Entnahmematerial durch Laborärzte oder in Laborgemeinschaften	0,95 Euro (1x im Behandlungsfall)
40090	Zuschlag zu den GOP 01724, 01738, 01743, 01756, 01762, 01763, 01766 bis 01768, 01783, 01793, 01800, 01802 bis 01811, 01816, 01826, 01833, 01840, 01865, 01869, 01915, 01931 bis 01936, 12224 und zu den GOP der Abschnitte 11.4, 19.3, 19.4, 30.12.2 und 32.3 für die Kosten der Beschaffung und ggf. Bereitstellung von Entnahmematerial	0,95 Euro (1x im Behandlungsfall)
40091	Zuschlag zur Kostenpauschale 40090 für die Kosten der Beschaffung und ggf. Bereitstellung von Transportmedien für den direkten Erregernachweis überwiesener Leistungen für GOP nach den Abschnitten 30.12.2, 32.3.8, 32.3.9 und 32.3.10	1,98 Euro (1x im Behandlungsfall)

### Kostenpauschale für ein System oder ein Modul zum eAuftrag

Kostenpauschale	Beschreibung	Bewertung
40092	Zuschlag zu den GOP 01738, 01743, 01756, 01768, 01783, 01793, 01800, 01802 bis 01812, 01816, 01833, 01840, 01865, 01869, 01915, 01930 bis 01936, 12224 und zu den GOP der Abschnitte 11.4, 19.3 (ausgenommen der GOP 19327 und 19328), 19.4, 30.12.2, 32.2 und 32.3 für die Bereitstellung eines Systems oder eines Moduls zur digitalen Auftragserteilung und -nachverfolgung	0,60 Euro (1x im Behandlungsfall)
40093	Zuschlag zu den GOP 01762, 01763, 01766, 01767, 01826, 19327 und 19328 für die Bereitstellung eines Systems oder eines Moduls zur digitalen Auftragserteilung und -nachverfolgung	0,30 Euro (1x im Behandlungsfall)

### Transportpauschalen

Kostenpauschale	Beschreibung	Bewertung
40094	Zuschlag für Auftragsleistungen nach den GOP 01724, 01738, 01743, 01756, 01768, 01783, 01793, 01800, 01802 bis 01812, 01816, 01833, 01840, 01865, 01869, 01915, 01930 bis 01936, 12224, GOP der Abschnitte 11.4, 19.3 (ausgenommen der GOP 19327 und 19328), 19.4, 30.12.2, 32.2 und 32.3 für die Bereitstellung von Versandmaterial, den Transport von – ggf. auch infektiösem – Untersuchungsmaterial, Übermittlung der Ergebnisse ggf. einschließlich Übermittlung der Kosten der Leistungen der Abschnitte 11.4.1 bis 11.4.4 gemäß Präambel 11.1 Nr. 12 sowie ggf. einschließlich Übermittlung der Kosten der Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 gemäß Bestimmung Nr. 15 zum Kapitel 32	2,80 Euro (1x im Behandlungsfall)
40095	Zuschlag für Auftragsleistungen nach den GOP 01762, 01763, 01766, 01767, 01826, 19327 und 19328 für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial sowie Übermittlung der Ergebnisse	1,05 Euro (1x im Behandlungsfall)

## Hinweise zur Abrechnung

- Die neuen Kostenpauschalen sind – wie bisher auch die Kostenpauschale 40100 – für weiterüberwiesene Fälle nicht erneut berechnungsfähig.
- Die Bestimmung Nummer 2 im EBM-Abschnitt 40.3 gibt betriebliche Konstellationen an, unter denen die Kostenpauschalen 40092 bis 40095 nicht berechnungsfähig sind. Dies gilt zum Beispiel innerhalb eines Medizinischen Versorgungszentrums oder zwischen Betriebsstätten derselben Arztpraxis.
- Die Bestimmungen Nummern 3 bis 5 im EBM-Abschnitt 40.3 listen die Arztgruppen auf, die zur Berechnung der Kostenpauschalen berechtigt sind.

## Anpassung laborärztliches Honorar ab 1. Januar 2025

GOP	Beschreibung	Bewertung neu ab 01.01.2025	Bewertung alt bis 31.12.2024
01437 neu	Grundpauschale für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 3 bis 11 oder 13 bis 27 zugelassen sind, für Auftragsleistungen nach den GOP 01840 und 01915 und GOP der Abschnitte 32.2 und 32.3  Ersetzt GOP 12225	5 Punkte (1x im Behandlungsfall)  Abstaffelung: Die GOP 01437 wird ab dem 14001. Behandlungsfall mit 1 Punkt je Behandlungsfall bewertet.	-
01698 neu	Zuschlag für Leistungen nach den GOP 01840 und 01915 für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 8 zugelassen sind	5 Punkte (1x im Behandlungsfall)	-
01700 angepasst	Grundpauschale für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 12 zugelassen sind, für Auftragsleistungen nach den GOP 01738, 01783, 01800, 01802 bis 01812, 01816, 01833, 01865 bis 01867, 01869, 01930 bis 01936, 30954 und 30956	23 Punkte (1x Behandlungsfall)  <b>Empfehlung zur extrabudgetären Vergütung.</b>  Abstaffelung: Die GOP 01700 wird ab dem 1001. Behandlungsfall mit 7 Punkten je Behandlungsfall bewertet.	23 Punkte (1x Behandlungsfall)  Vergütung innerhalb der MGV.

GOP	Beschreibung	Bewertung neu ab 01.01.2025	Bewertung alt bis 31.12.2024
01701 <b>angepasst</b>	Grundpauschale für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 3 bis 11 oder 13 bis 27 zugelassen sind, für Auftragsleistungen nach den GOP 01738, 01783, 01800, 01802 bis 01812, 01816, 01833, 01869, 30954 und 30956	5 Punkte (1x im Behandlungsfall)  <b>Empfehlung zur extrabudgetären Vergütung.</b>	5 Punkte (1x im Behandlungsfall)  Vergütung innerhalb der MGV.
12220 <b>gestrichen</b>	Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin u.a.	-	14 Punkte (je kurativ-ambulantem Behandlungsfall mit Auftragsleistung(en) des Kapitels 32  Abstaffelung: Die Grundpauschale wird ab dem 6001. bis zum 12000. Behandlungsfall mit 4 Punkten bewertet. Die Grundpauschale wird ab dem 12001. und jedem weiteren Behandlungsfall mit 1 Punkt bewertet.
12222 <b>neu</b>	Grundpauschale für Auftragsleistungen nach den GOP des Abschnitts 32.2	4 Punkte (1x im BHF) Abstaffelung: Die GOP 12222 wird ab dem 14001. bis zum 24000. BHF mit 1 Punkt je BHF und ab dem 24001. BHF mit 0,2 Punkte je BHF	-

12223 neu	Grundpauschale für Auftragsleistungen nach den GOP 01840 und 01915 sowie den GOP des Abschnitts 32.3	14 Punkte (1x im Behandlungsfall) Abstaffelung: Die GOP 12223 wird ab dem 14001. bis zum 24000. BHF mit 7 Punkten je Behandlungsfall und ab dem 24001. BHF mit 0,2 Punkten je BHF bewertet.	-
12224 neu	Untersuchungsauftrag auf Muster 10, der zur Durchführung vollständig an eine andere Arztpraxis weiterüberwiesen wird	1 Punkt (1x im Behandlungsfall)	-
12225 gestrichen	Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 12220 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendung	-	5 Punkte (je kurativ-amb. BHF mit Auftragsleistung(en) des Kapitels 32) Abstaffelung: Die GP wird ab dem 12001. und jedem weiteren BHF mit 1 Punkt bewertet.

### Hinweise zur Abrechnung

- In der Legende der GOP 01700 werden nunmehr die Auftragsleistungen, für die diese Grundpauschale berechnungsfähig ist, abschließend aufgeführt. Der Bewertungsausschuss empfiehlt eine extrabudgetäre Vergütung.
- Die neuen Grundpauschalen GOP 12222 und 12223 für Auftragsleistungen der EBM-Abschnitte 32.2 und 32.3 sind – im Unterschied zur gestrichenen GOP 12220 – nicht nur bei Probeneinsendung, sondern auch für Auftragsleistungen innerhalb einer Arztpraxis berechnungsfähig. Damit wird dem zunehmenden Anteil arztgruppenübergreifender gemeinsamer Berufsausübung Rechnung getragen.
- Die neu aufgenommene GOP 12224 ist für Behandlungsfälle berechnungsfähig, die komplett an ein anderes Labor weiterüberwiesen werden.
- Die arztgruppenübergreifende GOP 12225 wird aus dem EBM-Kapitel 12 gestrichen und durch die neu aufgenommene GOP 01437 im EBM-Abschnitt 1.4 ersetzt.

- In der Legende der GOP 01701 werden nunmehr die Auftragsleistungen, für die diese Grundpauschale berechnungsfähig ist, abschließend aufgeführt. Der Bewertungsausschuss empfiehlt eine extrabudgetäre Vergütung. Sie ist zukünftig im Arztfall nicht länger neben Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen berechnungsfähig. Daher wurde die GOP 01698 neu aufgenommen. Sie kann als Zuschlag zu den Leistungen nach den GOP 01840 und 01915 – im Unterschied zur GOP 01701 – weiterhin neben der Grundpauschale des EBM-Kapitels 8 für Frauenärztinnen und Frauenärzte berechnet werden.

#### Weitere Infos finden Sie unter:

[https://www.kbv.de/html/1150\\_68777.php](https://www.kbv.de/html/1150_68777.php)

[https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2024-04-09\\_ba707.pdf](https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2024-04-09_ba707.pdf)



## 8. Neue Kostenpauschalen für In-vitro-Diagnostik und Anpassung des laborärztlichen Honorars

Für ambulante Operationen wurden zusätzliche Zuschläge für den höheren Hygieneaufwand vereinbart. Der Beschluss aus der 716. Sitzung des BA gilt **rückwirkend zum 1. Januar 2024**.

Vereinbart wurden 66 Zuschläge, deren Spanne von 28 bis 521 Punkten (3,34 Euro bis 62,18 Euro) reicht. Der Zuschlag fällt umso höher aus, je kostenintensiver die zusätzlichen Hygienemaßnahmen für Operationen eingeschätzt werden. Mit den Zuschlägen werden Teile zusätzlicher spezifischer Hygienekosten vergütet, die infolge des 2011 geänderten Infektionsschutzgesetzes zu Mehraufwand für ambulante Operationen geführt haben und die in die Kalkulation der Leistungsbewertungen noch nicht eingeflossen sind.

In dem **neuen Abschnitt 31.2.19 des EBM** wurden zu fast allen GOP im Abschnitt 31.2 des EBM ein Zuschlag (GOP 31020 bis 31082) für den Hygienemehraufwand aufgenommen.

Für die Operationen aus Kapitel 1 des EBM – Sterilisation (GOP 01854, 01855) und Abortio (01904 und 01905) – werden ebenfalls Zuschläge nach den **GOP 01858, 01859 und 01907** in den EBM aufgenommen.

Kein Zuschlag ist für die GOP 31350 und 31351 (Kataraktoperationen) sowie für solche GOP, die im Anhang 2 keinem OPS-Kode zugeordnet sind, vorgesehen.

**Die KV Saarland wird aufgrund der rückwirkenden Beschlussfassung für das erste Quartal 2024 die entsprechenden Zuschläge zu den jeweils abgerechneten OP Leistungen zusetzen. Ab dem Quartal 2/2024 sind die Zuschläge durch die Praxis selbst in Ansatz zu bringen.**

Die Vergütung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01858, 01859 und 01907 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen. Die Vergütung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 31020 bis 31082 erfolgt gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 664. Sitzung für das Jahr 2024 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen. Für die Folgejahre sind die entsprechenden Folgebeschlüsse heranzuziehen.

Weitere Informationen und den Beschluss finden Sie unter folgendem Link:  
[https://www.kbv.de/html/1150\\_69447.php](https://www.kbv.de/html/1150_69447.php)



Ansprechpartner:

Servicecenter ☎ 0681 998370

✉ [servicecenter@kvsaarland.de](mailto:servicecenter@kvsaarland.de)

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

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