

# Abrechnung

Rundschreiben der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland

Anlage zu Ausgabe 2/2025  
– März 2025

## Inhalt

- |    |  |   |
|----|--|---|
| 1. | Bewertung psychotherapeutischer Leistungen bleibt unverändert  | 2 |
| 2. | Bewertungsausschuss passt Portopauschalen und Dialysekostenpauschalen an   | 3 |
| 3. | Demenz: Videofallkonferenz mit Pflegefachkräften wird vergütet   | 5 |
| 4. | Einführung der elektronischen Gesundheitskarte bei der Bundespolizei   | 6 |
| 5. | Implantateregister Deutschland: Melde- und Nachweisverpflichtung bei belegärztlichen Operationen                     | 6 |
| 6. | Online-Abrechnung und digitale Sammelerklärung ab Quartal 1-2025 über neues Serviceportal KV Saarland MedHub möglich | 7 |
| 7. | Zweitmeinung bei Eingriffen bei lokal begrenztem und nichtmetastasiertem Prostatakarzinom                            | 8 |
| 8. | Zweitmeinung vor Eingriffen an der Wirbelsäule: ergBA passt Abrechnungsbestimmung an                                 | 9 |

### Anlage:

HVM-News

## 1. Bewertung psychotherapeutischer Leistungen bleibt unverändert

Die Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen im EBM bleiben in diesem Jahr weitgehend unverändert. Das hat der Erweiterte Bewertungsausschuss nach einer aktuellen Überprüfung beschlossen.

### Keine Absenkung der Bewertung der therapeutischen Leistungen

Im Ergebnis kam der Erweiterte Bewertungsausschuss (EBA) zu dem Schluss, dass die Bewertungen der Einzel- und Gruppentherapien, der Zuschläge für Kurzzeittherapien, der neuropsychologischen Leistungen sowie der Sprechstunde und Akutbehandlung im EBM nicht angepasst werden. Der GKV-Spitzenverband hatte sie absenken wollen, weshalb die KBV den EBA eingeschaltet hatte.

### Absenkung der Strukturzuschläge

Ein anderes Ergebnis ergab die Überprüfung der Strukturzuschläge. Die in der Kostenstrukturerhebung (KSE) des Statistischen Bundesamt für 2022 ausgewiesenen Personalkosten (empirische Personalkosten), die in den Bewertungen der therapeutischen Leistungen enthalten sind, sind deutlich stärker gestiegen als die tariflich vereinbarten Gehälter für Medizinische Fachangestellte (normative Personalkosten) gemäß dem MFA-Tarifvertrag.

Damit sinkt die Differenz aus empirischen und normativen Personalkosten, die über die **Strukturzuschläge** finanziert werden soll. Die Bewertung wird deshalb **zum 1. April um etwa 14 Prozent abgesenkt**.

Im Zusammenwirken der Bewertungen von therapeutischen Leistungen und Strukturzuschlägen ist es entsprechend der Rechtsprechung einem vollausgelasteten Psychotherapeuten möglich, die Personalkosten für eine sozialversicherungspflichtige Halbtagskraft zu finanzieren.

Laut EBA-Beschluss sinkt der Zuschlag auf **Einzeltherapien (GOP 35571) von 186 auf 159 Punkte**, auf **Gruppentherapien (GOP 35572) von 77 auf 66 Punkte** und auf **Sprechstunden und Akutbehandlungen (GOP 35573) von 95 auf 81 Punkte**.

### Jährliche Überprüfung der Bewertung

Nach Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist der Bewertungsausschuss verpflichtet, die Angemessenheit der Bewertung für psychotherapeutische Leistungen zu überprüfen, sobald neue Daten zu den Kosten vorliegen.

Das Statistische Bundesamt legt seine Kostenstrukturanalyse für den medizinischen Bereich neuerdings jährlich vor, sodass die nächste Überprüfung in einem Jahr ansteht.

### Strukturzuschlag

Den Zuschlag erhalten Ärzte und Psychotherapeuten, wenn sie im Quartal eine bestimmte Mindestpunktzahl von antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen, neuropsychologische Leistungen, psychotherapeutischen Sprechstunden, Akutbehandlungen und Leistungen der gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung abgerechnet haben.

Damit soll gut ausgelasteten Praxen ermöglicht werden, eine Halbtagskraft zur Praxisorganisation zu beschäftigen.

Der Strukturzuschlag ist berechnungsfähig, sobald im Abrechnungsquartal die abgerechnete Mindestpunktzahl der Gebührenordnungspositionen (GOP) 30932, 30933 (neuropsychologische Leistungen), 35151, 35152, 35173 bis 35179, der GOP der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 sowie der GOP 37500 das Volumen von 182.084 Punkten überschreitet.

**Das heißt:** Hat eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut diese Mindestpunktzahl erreicht, erhält sie oder er für jede weitere Therapiestunde, Sprechstunde, Akutbehandlung und/oder gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung einen Strukturzuschlag bis zu einer Maximalpunktzahl von 424.862 Punkten bei vollem Tätigkeitsumfang (die Hälfte bei hälftigem Tätigkeitsumfang).

Für GOP vor Erreichen der Mindestpunktzahl wird kein Zuschlag gezahlt.

**Hinweis: Die GOP werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen zugesetzt.**

- Strukturzuschlag Einzeltherapie: **GOP 35571**
- Strukturzuschlag Gruppentherapie (einschließlich gruppenpsychotherapeutischer Grundversorgung): **GOP 35572**
- Strukturzuschlag Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung: **GOP 35573**

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage der KBV:

[https://www.kbv.de/html/1150\\_73802.php](https://www.kbv.de/html/1150_73802.php)



## 2. Bewertungsausschuss passt Portopauschalen und Dialysekostenpauschalen an

### Anpassung Portopauschalen wegen Preiserhöhung der Deutschen Post

Ab dem 1. Januar 2025 werden die Kostenpauschalen des Abschnitts 40.4 EBM im Zusammenhang mit der durch die Deutsche Post vorgenommenen Preisänderung für Briefprodukte höher bewertet:

- 40110: Kostenpauschale für die Versendung beziehungsweise den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen
- 40128: Kostenpauschale für die postalische Versendung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung oder einer Verordnung an den Patienten
- 40129: Kostenpauschale für die postalische Versendung einer Bescheinigung gemäß Muster 21 an den Patienten beziehungsweise die Bezugsperson
- 40130: Kostenpauschale für die postalische Versendung einer mittels Stylesheet erzeugten papiergebundenen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die Krankenkasse

Zudem erfolgt eine Anpassung der arztgruppenspezifischen Höchstwerte der Kostenpauschalen 40110 und 40111 (Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes) aus Abschnitt 40.4 Nummer 3 EBM.

## **Portopauschalen ab 1. Januar 2025**

Bewertung bis 31. Dezember 2024: 0,86 Euro

Bewertung ab 1. Januar 2025: 0,96 Euro

Mit Beschluss vom 19. September 2024 hat der G-BA die Krankentransport-Richtlinie angepasst und eine Regelung geschaffen, wonach eine Krankenförderung auch per Videosprechstunde oder in Ausnahmefällen auch nach telefonischem Kontakt verordnet werden kann.

Der BA hat daher den EBM **mit Wirkung zum 1. April 2025** angepasst und die Abrechnung der Kosten für den **postalischen Versand der ärztlichen Verordnung für eine Krankenförderung** (Muster 4) über die vorhandene **Kostenpauschale 40128** ermöglicht.

## **Anpassung des Beschlusses über die Dialysesachkostenpauschalen**

### **Förderung bei Beginn einer erstmaligen Heimdialyse bei vorangegangener IPD**

In Einzelfällen kann im Vorfeld bereits eine intermittierende Peritonealdialyse (IPD) durchgeführt und hierfür die Kostenpauschale(n) nach der/den GOP 40825 und/oder 40827 abgerechnet worden sein. Die Abrechnung der Förderzuschläge soll möglich sein, wenn im Anschluss an die IPD ein Heimdialyseverfahren begonnen wird. Wir möchten aufgrund von aktuellen Anfragen zudem darauf hinweisen, dass die neuen Zuschläge nach den **GOP 40845 bis 40847 ab dem 1. Januar 2025** auch dann abgerechnet werden können, wenn die **erstmalige Heimdialysebehandlung bereits im Jahr 2024 begonnen wurde** – vorausgesetzt, der 52 Wochen Zeitraum der Förderung ist noch nicht überschritten.

### **Uhrzeitangabe bei der Nachtdialyse**

Der BA hat die Anmerkung zum Zuschlag nach der **GOP 40840** (Zuschlag zur Kostenpauschale 40823 oder 40824 für die Nachtdialyse) angepasst. Der Beschluss aus der 753. Sitzung sah vor, dass sowohl Anfang- als auch Ende-Uhrzeit der Nachtdialyse anzugeben sind. Da jedoch bei der Abrechnung nur eine Uhrzeitangabe übermittelt werden kann, genügt es, wenn **die Uhrzeit für das Ende der Dialyse** angegeben wird.

## **Förderung von Heimdialysen bei Erwachsenen ab 1. Januar 2025**

### **Kostenpauschale GOP 40845 / 96,50 Euro**

- Zuschlag zur Kostenpauschale 40825 bei Beginn einer erstmaligen Heimdialysebehandlung (Peritonealdialyse als CAPD oder CCPD oder Heimhämodialyse)
- für einen Zeitraum von insgesamt 52 Wochen berechnungsfähig

### **Kostenpauschale GOP 40846 / 13,79 Euro**

- Zuschlag zur Kostenpauschale 40826 bei Beginn einer erstmaligen Heimdialysebehandlung (Peritonealdialyse als CAPD oder CCPD)
- je durchgeführter Dialyse höchstens dreimal in der Kalenderwoche berechnungsfähig
- für einen Zeitraum von insgesamt 52 Wochen berechnungsfähig

## **Kostenpauschale GOP 40847 / 32,17 Euro**

- Zuschlag zur Kostenpauschale 40827 bei Beginn einer erstmaligen Heimdialysebehandlung (Heimhämodialyse)
- je durchgeführter Dialyse höchstens zweimal in der Kalenderwoche
- für einen Zeitraum von insgesamt 52 Wochen berechnungsfähig

Weitere Informationen können sie folgender Seiten entnehmen:

<https://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>



## **3. Demenz: Videofallkonferenz mit Pflegefachkräften wird vergütet**

Zur Behandlung von Menschen mit Demenz gibt es **ab April 2025** eine neue Gebührenordnungsposition im EBM. Vertragsärzte, die eine patientenorientierte Videofallbesprechung mit Pflegekräften oder Pflegefachkräften durchführen, können diese dann abrechnen.

Die neue **Gebührenordnungsposition (GOP) 01443 ist mit 86 Punkten bewertet (10,66 Euro) und drei Mal im Krankheitsfall berechnungsfähig**. Sie wird vorerst für zwei Jahre außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und damit zum festen Preis vergütet.

Bisher gibt es im EBM die GOP 01442 für eine Videofallkonferenz mit Pflegekräften oder Pflegefachkräften bei chronisch pflegebedürftigen Patienten, die nur koordinierende Vertragsärzte abrechnen dürfen.

Dagegen kann die neue GOP 01443 durch jeden Vertragsarzt berechnet werden, der einen chronisch pflegebedürftigen Patienten mitbehandelt. Voraussetzung ist mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt innerhalb der letzten drei Quartale einschließlich des aktuellen Quartals.

Die GOP des Abschnitts 30.13 kann bei Vorliegen der nachfolgend bestimmten Erkrankung ebenfalls berechnet werden:

- F00-F02 dementielle Erkrankungen
- G30 Alzheimer-Erkrankung
- G20.1 Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung
- G20.2 Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung

auch bei Patienten, die das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Bisher sind die Leistungen nur bei Patienten ab Beginn des 71. Lebensjahrs und bei Vorliegen von mindestens zwei der genannten geriatrischen Syndrome oder mindestens einem genannten geriatrischen Syndrom und einem Pflegegrad berechnungsfähig.

**Weitere Informationen finden Sie unter:**

[https://www.kbv.de/html/1150\\_73622.php](https://www.kbv.de/html/1150_73622.php)



#### 4. Einführung der elektronischen Gesundheitskarte bei der Bundespolizei

Im Laufe des 2. Quartals 2025 erfolgt bei dem Sonstigen Kostenträger „Bundespolizei Heilfürsorge (PBPOL)“ sukzessiv die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte.

Bis zum Einzug aller Heilfürsorgekarten erfolgt übergangsweise eine getrennte Abrechnung je nach Nutzung der Heilfürsorgekarte bzw. der eGK. Hierfür wurde ein weiterer Kostenträger in der KT-Stammdatei angelegt (VKNR 74860), um die technische Trennung der Abrechnungen sicherzustellen:

- Heilfürsorgekarte (VKNR 27860)
- eGK (VKNR 74860)

Bei einem Wechsel innerhalb eines Quartales ist ein neuer Schein mit neuer VKNR anzulegen.

##### **Ansprechpartner:**

Kerstin Beilmann/ Anja Reinert/ Nicole Jung

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

#### 5. Implantateregister Deutschland: Melde- und Nachweisverpflichtung bei belegärztlichen Operationen

Der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die KBV haben sich am 14. Februar 2025 auf eine gemeinsame Empfehlung zur Melde- und Nachweisverpflichtung nach dem Implantateregistergesetz (IRegG) bei belegärztlichen Operationen verständigt.

##### **Verantwortliche Gesundheitseinrichtung bei belegärztlicher Operation**

Als verantwortliche Gesundheitseinrichtungen gelten nach IRegG alle Einrichtungen, die eine implantatbezogene Maßnahme durchführen – insbesondere Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren, vergleichbare Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen und Arztpraxen. Eine implantatbezogene Maßnahme darf nur von jeweils einer Gesundheitseinrichtung an das IRD übermittelt werden. Diese erhält, sofern alle Voraussetzungen erfüllt sind, eine Meldebestätigung, die gegenüber den Kostenträgern als Nachweis dient, dass der Meldepflicht nachgekommen wurde. Ohne diese Meldebestätigung droht gemäß Paragraf 35 IRegG eine Vergütungsminderung.

Die Frage des Vorgehens in Fällen der belegärztlichen Versorgung ist weiterhin noch nicht gesetzlich geregelt. Um dennoch eine einheitliche Umsetzung des IRegG sowohl in der vertragsärztlichen als auch in der privatärztlichen Versorgung sicherzustellen, haben sich GKV-Spitzenverband, PKV, DKG und KBV auf eine gemeinsame Empfehlung verständigt.

Demnach fungiert bei implantatbezogenen Maßnahmen, die durch Belegärzte durchgeführt werden, das Krankenhaus, in dem die implantatbezogene Maßnahme durchgeführt wird, als verantwortliche Gesundheitseinrichtung im Sinne von Paragraf 2 Nummer 5 IRegG. Die Empfehlung wurde rückwirkend für Leistungen für Patienten und Patientinnen, die ab dem 1. Juli 2024 stationär aufgenommen wurden, formuliert.

## **Pflichten des Krankenhauses**

Das Krankenhaus erfüllt alle Pflichten der verantwortlichen Gesundheitseinrichtung, die durch das IRegG und die IRegBV vorgegeben sind, insbesondere die Meldung nach den Paragraphen 16 und 17 IRegG. Klarstellung zur Vergütung des Aufwandes, zur Nachweispflicht und zur Minderung der Leistungsvergütung bei Nichterfüllung der Nachweispflicht. Das Krankenhaus rechnet nach Paragraph 34 IRegG den Aufwand ab, der sich aus der Erfüllung der Pflichten nach dem IRegG ergibt. Die Nachweispflicht gemäß Paragraph 36 IRegG beziehungsweise eine mögliche Vergütungsminderung gemäß Paragraph 35 IRegG treffen das Krankenhaus. Das bedeutet für die Abrechnung belegärztlicher Leistungen mit der zuständigen kassenärztlichen Vereinigung:

- Der Belegarzt erhält keine Meldebestätigung nach Paragraph 4 Absatz 3 IRegG und legt sie demzufolge bei der Abrechnung seiner Leistungen nicht vor.
- Diese Nicht-Vorlage führt nicht zu einer Vergütungsminderung nach Paragraph 35 IRegG.
- Der Belegarzt berechnet keine Zuschläge nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) 01965 und 01966 EBM.

## **Mitwirkung des Belegarztes**

Das Krankenhaus und der Belegarzt vereinbaren im Innenverhältnis das Nähere zur Mitwirkung bei der Wahrnehmung der Pflichten der verantwortlichen Gesundheitseinrichtung, eine eventuelle Beteiligung an der dafür erhaltenen Vergütung und eine mögliche Regressnahme bei einer Verletzung der Pflichten nach dem IRegG und den auf seiner Grundlage erlassenen Verordnungen. Abschließend möchten wir darauf hinweisen, dass der dargestellte Konsens einen Empfehlungscharakter ohne präjudizierende Wirkung trägt.

Das Unterschriftenverfahren ist eingeleitet.

Informationen zum IDR stellt das Ministerium bereit:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/implantateregister-deutschland.html>



## **6. 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 Zweiklick-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>.



## **7. Zweitmeinung bei Eingriffen bei lokal begrenztem und nichtmetastasiertem Prostatakarzinom**

Der G-BA hat festgelegt, dass Patienten sich eine unabhängige zweite Meinung einholen können, wenn ihnen einer von drei möglichen Eingriffen

- chirurgische Entfernung der Prostata (Prostatektomie),
- perkutane Strahlentherapie oder
- interstitielle Brachytherapie

zur Behandlung eines lokal begrenzten Prostatakarzinoms ohne Metastasen empfohlen wurde. Die verfügbaren kurativen Therapieoptionen sind mit einem Risiko für eingriffsbedingte Nebenwirkungen mit Einschränkungen der Lebensqualität behaftet. Bei einem lokal begrenzten und nichtmetastasierten Prostatakarzinom kann anstelle einer der vorgenannten Eingriffe zunächst auch die sogenannte „Aktive Überwachung“ des Tumors mit regelmäßigen Kontrollen empfohlen und so negative Auswirkungen der zuvor genannten drei Eingriffe vermieden werden. Daher soll der Patient bei der Zweitmeinung zum empfohlenen Eingriff und zu möglichen Therapiealternativen so informiert und beraten werden, dass er selbst eine Entscheidung über das konkrete Vorgehen (Eingriff oder Aktive Überwachung) treffen kann.



## **Berechtigte Facharztgruppen**

Berechtigte Facharztgruppen zur Zweitmeinung sind Ärztinnen und Ärzte der Fachrichtungen Urologie oder Strahlentherapie nach Genehmigungserhalt berechtigt. Der ergBA hat beschlossen, dass die GOP 01645 zum 1. April 2025 in die Abschnitte 25.1 und 26.1 aufgenommen wird.

## **Abrechnung und Vergütung**

Für die Aufklärung und Beratung im Zusammenhang mit dem Zweitmeinungsverfahren bei Eingriffen eines lokal begrenzten und nichtmetastasierten Prostatakarzinoms durch den „Erstmeiner“ ist die bundeseinheitliche **GOP 01645L** vorgesehen.

Durch den „Zweitmeiner“ hat eine indikationsspezifische Kennzeichnung aller im Zweitmeinungsverfahren durchgeführten und abgerechneten Leistungen als Freitext im Feld freier Begründungstext (KVDT-Feldkennung 5009) **mit dem Code 88200L** zu erfolgen.

**Die Leistungen werden befristet auf drei Jahre extrabudgetär vergütet.**

Den Beschluss und die Tragenden Gründe sind beim G-BA abrufbar:

<https://www.g-ba.de/beschluesse/>



## **8. Zweitmeinung vor Eingriffen an der Wirbelsäule: ergBA passt Abrechnungsbestimmung an**

Die Abrechnungsbestimmung für das Zweitmeinungsverfahren vor Eingriffen an der Wirbelsäule wird zum 1. April 2025 angepasst.

### **Eingriffe an der Wirbelsäule**

Der ergBA hat die Abrechnungsbestimmung für die Aufklärung und Beratung im Zusammenhang mit dem ärztlichen Zweitmeinungsverfahren für Eingriffe an der Wirbelsäule angepasst. Ab dem 1. April 2025 können indikationsstellende Ärztinnen und Ärzte die Gebührenordnungsposition (GOP) 01645 je Operation in Kombination mit jedem Abschnitt der Wirbelsäule und je Indikationsstellung berechnen.

Mit Beschluss des G-BA vom 16. September 2021 waren die Bedingungen für Eingriffe an der Wirbelsäule definiert worden. In dem Zusammenhang wurde eine Klarstellung in den Allgemeinen Bestimmungen unter 4.3.9.1 notwendig, dass die GOP 01645 je Operation bei jedem Abschnitt der Wirbelsäule und je Indikationsstellung berechnungsfähig sein soll. Voraussetzung ist dabei die genaue Angabe von Lokalisation und Indikation für den Eingriff über den jeweils spezifischen ICD-10-Kode, um die Zweitmeinungsverfahren voneinander abgrenzen zu können.

**Weitere Informationen finden Sie im Beschluss unter:**

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