

- **Long-COVID-Richtlinie: Neuer EBM-Abschnitt**
- **Erweitertes Neugeborenen-Screening**
- **CT-Koronarangiographie**
- **Weiterentwicklung der Dialysekosten**
- **Neue Psychotherapie-Vereinbarung**
- **Kontrolluntersuchung nach Schwangerschaftsabbruch**
- **Meldepflicht an Implantateregister**
- **Neue GOP 02345 für das Arzneimittel Qalsody®**
- **Zweitmeinung bei Aortenaneurysmen**
- **CED-Vertrag: Aktualisierung des Anhangs 1 zur Anlage 4**
- **Änderung der Onkologie-Vereinbarung**

Für Rückfragen: Info-Team der KVSH Tel. 04551 883 883

09.01.2025

Long-COVID-Richtlinie: Neuer EBM-Abschnitt

Mit Wirkung zum 1. Januar 2025 ist ein neuer Abschnitt 37.8 in den EBM aufgenommen worden. Hintergrund ist die Long-COVID-Richtlinie (LongCOV-RL). Sie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung der Betroffenen. Konkret geht es um

- Patienten mit Verdacht auf oder mit einer festgestellten Long-COVID- oder Post-COVID-Erkrankung,
- Patienten, die infolge einer Infektion mit SARS-CoV-2 den Verdacht oder die Diagnose einer Myalgischen Enzephalomyelitis/eines Chronic Fatigue (ME/CFS) aufweisen oder die nachfolgend einer COVID-19-Impfung Long-COVID-ähnliche Symptome zeigen
- sowie Patienten, die infolge einer Infektion post-akut eine der Long-COVID-Erkrankung ähnliche Symptomatik oder eine ME/CFS aufweisen.

Die neuen extrabudgetären GOP sind ausschließlich für die Versorgung von Patienten mit einer Indikation gemäß § 2 LongCOV-RL berechnungsfähig.

GOP	Kurzlegende	Bewertung
37800	Basis-Assessment gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 1 LongCOV-RL durch den koordinierenden Arzt gemäß erster Bestimmung zum Abschnitt 37.8 EBM	164 Punkte
37801	Zuschlag zur GOP 37800	128 Punkte
37802	Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt gemäß § 4 und § 5 LongCOV-RL	141 Punkte
37804	Fallbesprechung im Zusammenhang mit der Versorgung von Patienten gemäß § 2 LongCOV-RL	86 Punkte

GOP	Kurzlegende	Bewertung
37806	Pauschale für die Versorgung von Patienten gemäß § 2 LongCOV-RL durch einen oder mehrere, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende(n) Arzt/Ärztinnen nach § 3 Abs. 4 LongCOV-RL	219 Punkte

Die GOP 37800 bis 37802 können nur von Hausärzten, hausärztlichen Internisten sowie Kinderärzten abgerechnet werden, weil sie in der Regel die koordinierende Funktion der Patientenversorgung übernehmen. Fachärzte können die Aufgaben gemäß dieser GOP in Ausnahmefällen unter Bedingungen des Abschnittes 37.8 Nr. 1 EBM in Verbindung mit § 6 Abs. 2 LongCOV-RL wahrnehmen. Die Berechnung der GOP 37806 setzt voraus, dass der Leistungserbringer Kriterien erfüllt, die in § 3 Abs. 4 LongCOV-RL aufgeführt sind, und dies gegenüber der KVSH angezeigt hat.

Weitere Informationen zu den neuen Leistungen und Abrechnungsbedingungen finden Sie in der KBV-Praxisnachricht https://www.kbv.de/html/1150_73128.php sowie im Beschluss des Bewertungsausschusses https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2024-12-11_ba753_2.pdf. Die LongCOV-RL ist unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3451/LongCOV-RL_2023-12-21_iK-2024-05-09.pdf abrufbar.

Erweitertes Neugeborenen-Screening

Die neuen Regelungen in der Kinder-Richtlinie geben vor, dass ab 1. Januar 2025 die Eltern vom Screening-Labor über auffällige Befunde mit hochgradigem Krankheitsverdacht auf eine der Zielerkrankungen im erweiterten Neugeborenen-Screening direkt informiert werden und nicht erst über die Geburtsklinik oder den Kinderarzt. Labore müssen die Eltern innerhalb von 72 Stunden telefonisch informieren und die Überleitung des Neugeborenen in eine spezialisierte Einrichtung organisatorisch begleiten. Für die Abrechnung der Leistung gibt es eine neue extrabudgetäre GOP.

GOP	Bezeichnung der Leistung	Bewertung
01728	Zuschlag zu den GOP 01724 bis 01727 für die Befundübermittlung an die Eltern (mindestens eines Personensorgeberechtigten) einschließlich Beratung bei auffälligem Befund mit hochgradigem Krankheitsverdacht auf das Vorliegen einer Zielerkrankung einschließlich Mukoviszidose oder bei positivem Screening Befund gem. Abschnitt C Kapitel I und II Kinder-RL	166 Punkte

Außerdem wurde die Abklärungsdiagnostik für die Zielerkrankung Adrenogenitales Syndrom sowie das Trackingverfahren in die Richtlinie aufgenommen und deswegen die Vergütung der GOP 01724 um 25 Punkte auf 322 Punkte angehoben.

In der Kinder-Richtlinie ist zudem festgelegt, dass der verantwortliche Arzt die Blutprobe des Kindes innerhalb von 24 Stunden nach der Entnahme an das Screening-Labor schicken muss. Der Standardversand ist hierfür nicht ausreichend, sodass eine neue extrabudgetäre Kostenpauschale 40102 für ein Einschreiben abgerechnet werden kann, sofern dem Einsender entsprechende Kosten für die Versendung des Untersuchungsmaterials tatsächlich entstanden sind.

GOP	Bezeichnung der Leistung	Bewertung
40102	Zuschlag zur GOP 40110 für die Versendung von Untersuchungsmaterial im Zusammenhang mit den Leistungen nach den GOP 01707 oder 01709 an das Screening-Labor	2,65 €

CT-Koronarangiographie

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat im Januar 2024 die Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL), Anlage I um eine Nummer 42 „Computertomographie-Koronarangiographie bei Verdacht auf eine chronische koronare Herzkrankheit“ ergänzt. CT-Koronarangiographie kann als ein nicht invasives Verfahren bei Verdacht auf eine chronische koronare Herzkrankheit (cKHK) oder im Zusammenhang mit einem bereits geplanten operativen Eingriff am Herzen durchgeführt werden. In diesem Zusammenhang sind zum 1. Januar 2025 zwei extrabudgetäre Leistungen in den neuen Abschnitt 34.3.7 EBM aufgenommen worden.

GOP	Bezeichnung der Leistung	Bewertung
34370	CT-Koronarangiographie gemäß der Nr. 42 der Anlage I der MVV-RL	1285 Punkte
34371	Interdisziplinäre Fallkonferenz nach erfolgter CT-Koronarangiographie gemäß der GOP 34370	128 Punkte

Für die Abrechnung der GOP 34370 ist eine Genehmigung der KVSH erforderlich. Darüber hinaus ist das Vorliegen einer Überweisung mit Dokumentation von Vortestwahrscheinlichkeit (Ergebnis und Art der Ermittlung) sowie von weiteren Befunden im Rahmen der Vordiagnostik erforderlich. Die Berechnung der GOP 34370 setzt die Angabe der Vortestwahrscheinlichkeit (Feld 5009 - freier Begründungstext) voraus.

Weiterentwicklung der Dialysekosten

Zum 1. Januar 2025 sind die Dialysekostenpauschalen strukturell weiterentwickelt und die Bewertungen aller Pauschalen angehoben worden. Zentrales Element der Weiterentwicklung ist die Aufnahme von Zuschlägen für Patienten ab 18 Jahren bei Beginn einer erstmaligen Heimdialysebehandlung für einen Zeitraum von 52 Wochen. Darüber hinaus wurden weitere Kostenpauschalen in den Abschnitt 40.14 EBM aufgenommen.

GOP	Kurzlegende	Bewertung
40840	Zuschlag zur Kostenpauschale 40823 oder 40824 für die Nachtdialyse (mit Uhrzeitangabe für Beginn und Ende)	26,50 €
40841	Zuschlag zur Kostenpauschale 40816 oder 40825 für die kontinuierliche zyklische Peritonealdialyse (CCPD)	41,35 €
40842	Zuschlag zur Kostenpauschale 40817, 40819 oder 40826 für die kontinuierliche zyklische Peritonealdialyse (CCPD)	5,91 €
40843	Zuschlag zur Kostenpauschale 40825 für die Heimhämodialyse	91,90 €
40844	Zuschlag zur Kostenpauschale 40827 für die Heimhämodialyse	30,63 €
40845	Zuschlag zur Kostenpauschale 40825 bei Beginn einer erstmaligen Heimdialysebehandlung (Peritonealdialyse als CAPD oder CCPD oder Heimhämodialyse)	96,50 €
40846	Zuschlag zur Kostenpauschale 40826 bei Beginn einer erstmaligen Heimdialysebehandlung (Peritonealdialyse als CAPD oder CCPD)	13,79 €
40847	Zuschlag zur Kostenpauschale 40827 bei Beginn einer erstmaligen Heimdialysebehandlung (Heimhämodialyse)	32,17 €

Bewertungsanpassung

Die Bewertungen der Dialysekostenpauschalen 40815 bis 40819 und 40825 bis 40838 werden um 3,85 beziehungsweise 3,0 Prozent erhöht. Die Kostenpauschalen 40823 und 40824 werden im Durchschnitt ebenfalls um 3,0 Prozent erhöht, die Preisstufen werden dabei jedoch asymmetrisch angepasst. Zudem werden interkurrente Dialysen während einer stationären Behandlung im Krankenhaus und Nachtdialysen bei der Bestimmung der Anzahl der Dialysewochen gemäß zweiter Bestimmung zum Abschnitt 40.14 EBM nicht mehr mitgezählt und diese Dialysen immer mit der jeweiligen Preisstufe 1 Kostenpauschale 40823 und 40824 vergütet. Die Durchführung der Hämodialyse als interkurrente Dialyse oder Nachtdialyse ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung (Suffix) zu dokumentieren.

GOP	Kostenpauschale Dialyse	Durchführung der Hämodialyse
40823I	ab vollendetem 18. Lebensjahr	als interkurrente Dialyse
40823N	ab vollendetem 18. Lebensjahr	als Nachtdialyse
40824I	ab vollendetem 18. Lebensjahr am Wohnort	als interkurrente Dialyse
40824N	ab vollendetem 18. Lebensjahr am Wohnort	als Nachtdialyse

Ausführliche Informationen zu den Neuerungen finden Sie in der KBV-Praxisnachricht unter https://www.kbv.de/html/1150_73122.php sowie im Beschluss des Bewertungsausschusses unter https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2024-12-11_ba753.pdf.

Neue Psychotherapie-Vereinbarung

Psychotherapeutische Sprechstunde und die probatorischen Sitzungen per Video möglich

In der neuen Psychotherapie-Vereinbarung https://www.kbv.de/media/sp/01_Psychotherapie_Aerzte.pdf zum 1. Januar 2025 wird empfohlen, die erste Psychotherapeutische Sprechstunde und die erste probatorische Sitzung in der Praxis stattfinden zu lassen. Psychotherapeuten haben jedoch die Möglichkeit, in begründeten Ausnahmefällen diese Leistungen ausschließlich per Video durchzuführen. Dies kann z. B. der Fall sein, wenn ein Aufsuchen der Praxis aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich ist oder der Patient dies ausdrücklich wünscht.

Weiterbehandlung im Krisenfall

Zudem wurde eine neue Regelung in die Vereinbarung aufgenommen, die für **alle Videositzungen** in der Psychotherapie gilt. Danach hat die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut im Krisenfall dafür Sorge zu tragen, dass eine geeignete Weiterbehandlung gewährleistet ist, sofern dies medizinisch erforderlich ist (§ 21 Abs. 6).

Keine erneute Prüfung bei Kassenwechsel

Außerdem wurde vereinbart, dass ein Patient, der sich in psychotherapeutischer Behandlung befindet, diese bei einem Kassenwechsel ungehindert fortsetzen kann. Voraussetzung ist, dass er bei der neuen Krankenkasse einen Antrag auf Fortsetzung der Therapie stellt. Die Krankenkasse verzichtet dann auf eine erneute fachlich-inhaltliche Überprüfung des bereits durch die Vorkasse genehmigten Therapiekontingents.

Mehr Informationen finden Sie in der KBV-Praxisnachricht https://www.kbv.de/html/1150_73257.php.

Kontrolluntersuchung nach Schwangerschaftsabbruch

Zum 1. Januar 2025 erfolgt eine Verlängerung des Zeitraums für die Kontrolluntersuchung nach der GOP 01912 (Kontrolluntersuchung nach einem durchgeführten Schwangerschaftsabbruch nach den GOP 01904, 01905 oder 01906) vom 7. bis 21. Tag. Die Neuregelung gilt auch für die regionale Vereinbarung in Schleswig-Holstein zu Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen und ist bereits in der Anlage 1 der Vereinbarung aktualisiert.

Meldepflicht an Implantateregister

Seit dem Start des Meldeverfahrens für das neue Implantateregister Deutschland sind implantatbezogene Maßnahmen mit Brustimplantaten meldepflichtig. Nun wird die **Meldepflicht** auf implantatbezogene **Maßnahmen für Hüft- und Knieendoprothesen** erweitert und der EBM zum 1. Januar 2025 angepasst. Die neue extrabudgetäre GOP 01966 ist nur von Fachärzten für Chirurgie, Fachärzten für Orthopädie und Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie berechnungsfähig. Die Kostenpauschale 40162 für die Meldegebühr gemäß der Implantateregister-Gebührenverordnung wurde um die GOP 01966 erweitert.

GOP	Bezeichnung der Leistung	Bewertung
01966	Zuschlag zu einem Eingriff nach Abschnitt 31.2.4 oder 36.2.4 für die zugehörige Erfassung, Speicherung und Übermittlung von Daten bezüglich einer implantatbezogenen Maßnahme an die Register- und Vertrauensstelle gemäß §§ 16 und 17 Absatz 1 Implantateregistergesetz (IRegG) sowie Erfüllung der Pflichten nach §§ 18, 20, 24 und 25 IRegG	78 Punkte

Die Verpflichtung zur Meldung ist sanktionsbewährt. Die Frist für die Meldung beträgt sechs Monate nach Entlassung (§ 35 IRegG). Der Sanktionsmechanismus für die Meldung wird für die ersten sechs Monate nach dem Start des Regelbetriebs für den jeweiligen Implantattyp ausgesetzt. Danach wird die Sanktionierung mit 100 Euro pro implantatbezogener Maßnahme wirksam. Das Bundesministerium für Gesundheit informiert darüber unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/implantateregister-deutschland/meldung-der-gesundheitseinrichtungen.html#collapse-control-7511>.

Neue GOP 02345 für das Arzneimittel Qalsody®

Für die Anwendung des Arzneimittels Tofersen (Handelsname Qalsody®) wurde zum 1. Januar 2025 die Vergütung im EBM geregelt. Qalsody® ist zugelassen zur Behandlung von Erwachsenen mit ALS, die mit einer Mutation im Superoxid-Dismutase 1 (SOD1)-Gen assoziiert ist. Für die intrathekale Anwendung des Arzneimittels mittels Lumbalpunktion und anschließender Nachbetreuung sieht der EBM eine neue extrabudgetäre GOP 02345 vor. Sie ist nur von Fachärzten für Neurologie, Nervenheilkunde und Neurochirurgie berechnungsfähig.

GOP	Bezeichnung der Leistung	Bewertung
02345	Zusatzpauschale für die Gabe von Tofersen	609 Punkte

Zweitmeinung bei Aortenaneurysmen

Interventionelle **Radiologen** werden zukünftig auch zur Zweitmeinung bei Eingriffen an Aortenaneurysmen berechtigt sein. Die Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren wird dementsprechend angepasst. Bisher waren nur die Facharztgruppen Gefäßchirurgie, Herzchirurgie, Innere Medizin und Angiologie und Innere Medizin und Kardiologie berechtigt.

CED-Vertrag: Aktualisierung des Anhangs 1 zur Anlage 4

Folgende Anpassungen ergeben sich mit Wirkung zum 1. Dezember 2024:

- **Aufnahme eines neuen Biosimilars zu Ustekinumab:** Das unter den Rabattvertrag fallende Präparat wird unter dem Handelsnamen Steqeyma® aufgenommen.
- **Übernahme von Remicade®:** Die Firma Janssen hat das Produkt Remicade® übernommen.

Den aktuellen Anhang 1 zur Anlage 4 finden Sie unter <https://www.kvsh.de/praxis/ced-barmer>

Änderung der Onkologie-Vereinbarung

Die KBV hat sich mit dem GKV-Spitzenverband auf eine Klarstellung der Kostenpauschale 86520 (Zuschlag für die orale medikamentöse Tumortherapie) geeinigt. Mit Wirkung zum 1. Januar 2025 ist im Anhang 2, Teil A die Formulierung angepasst und somit klargestellt worden, dass das Stadium mit Fernmetastasen gemäß der TNM-Klassifikation M1 gemeint ist. Lymphknotenbefall, der über den regionalen Befall hinausgeht, wird gemäß TNM-Klassifikation als M1 eingeordnet und ist von der Onkologie-Vereinbarung erfasst. Ebenfalls wurden die neuen Medikamente Androgenrezeptor-Signalweg-Inhibitoren (ARPI) und selektive CYP17A1-Inhibitoren aufgeführt. Dies ist eine Klarstellung, dass diese Medikamente auch über die 86520 abrechenbar sind, auch wenn sie der ATC-Klasse L02 zugeordnet sind. Damit sind aktuell vier Wirkstoffe berücksichtigt: Abirateron, Apalutamid, Darolutamid und Enzalutamid.

Weiterhin gilt: Ausschließlich endokrine Therapien sind über die Kostenpauschale 86520 abrechenbar, sofern sie im Rahmen einer kurativen (adjuvanten) Therapie erfolgen.

Eine weitere Änderung betrifft die Frist gemäß 6 Abs. 7 und Anhang 1 Satz 3 (EDV-Dokumentation). Diese wurde erneut um ein Jahr bis zum 1. Januar 2026 verlängert.

Die Änderungsvereinbarung finden Sie auf unserer Homepage unter [KVSH - Onkologie](#).

Schon gelesen? „Nordlicht“ als E-Paper

Kompakt, relevant, jederzeit abrufbar: Das E-Paper unseres Mitgliedermagazins „Nordlicht“ ist online verfügbar. Lesen Sie die aktuelle oder vorherige Ausgabe unter <https://nordlicht.kvsh.de/> oder nutzen Sie den QR-Code.

