

- **Bescheinigung für erkranktes Kind: dauerhafte Regelung bei Fernbehandlung**
- **Potenzialerhebung bei außerklinischer Intensivpflege**
- **Systemische Therapie für Kinder/Jugendliche**
- **Neue GOP 01478 für die DiGA „Kranus Lutera“**
- **DiGA nur bei bestimmten Diagnosen abrechenbar**
- **Implantateregister: Meldepflicht der Ärzte**
- **Änderungen UV-GOÄ zum 1. Juli 2024**

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

16.07.2024

Bescheinigung für erkranktes Kind: dauerhafte Regelung bei Fernbehandlung

Die ärztliche Bescheinigung bei Erkrankung eines Kindes (Muster 21) ist jetzt dauerhaft auch nach einer Anamnese per Video oder Telefon möglich. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband haben dazu eine Regelung im Bundesmantelvertrag vereinbart. Wenn das Kind in der Arztpraxis aufgrund früherer Behandlung unmittelbar persönlich bekannt ist und der Vertragsarzt die Ausstellung der Bescheinigung als medizinisch vertretbar ansieht, kann das Muster 21 für bis zu fünf Kalendertage bei Erkrankungen mit leichter Symptomatik ausgestellt werden. Außerdem darf das Kind noch nicht zwölf Jahre alt sein. Diese Altersgrenze gilt jedoch nicht, wenn das Kind behindert und zugleich auf Hilfe angewiesen ist. Für den Versand der Bescheinigung an ein Elternteil können Vertragsärzte weiterhin die Kostenpauschale 40129 abrechnen.

Potenzialerhebung bei außerklinischer Intensivpflege

Zur Vermeidung von Versorgungslücken bei der außerklinischen Intensivpflege wurde eine befristete Übergangsregelung eingeführt. Noch bis zum **31. Dezember 2024** gilt, dass eine Potenzialerhebung vor jeder AKI-Verordnung durchgeführt werden soll – nicht muss. Das bedeutet: Falls nicht gewährleistet werden kann, dass eine zur Potenzialerhebung qualifizierte Person vor der Verordnung rechtzeitig zur Verfügung steht, kann von einer Potenzialerhebung ausnahmsweise abgesehen werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat jedoch nachträglich klargestellt, dass die Potenzialerhebung lediglich aufgeschoben sei und bis zum 31. Dezember 2024 nachgeholt werden muss.

Systemische Therapie für Kinder/Jugendliche

Die Systemische Therapie für Kinder und Jugendliche darf seit dem 1. Juli 2024 zulasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden. Für die Abrechnung bei Kindern und Jugendlichen werden die bestehenden GOP 35431, 35432, 35435 (Einzeltherapie) sowie 35703 bis 35709 und 35713 bis 35719 (Gruppentherapie) genutzt. Voraussetzung ist eine Genehmigung der KVSH.

Neue GOP 01478 für die DiGA „Kranus Lutera“

Im April 2024 hatte das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) die digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) „Kranus Lutera“ dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen. Diese DiGA richtet sich an Männer mit Blasenentleerungsstörungen. Seit dem 1. Juli 2024 kann die neue extrabudgetäre GOP 01478 als Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA „Kranus Lutera“ von folgenden Fachgruppen abgerechnet werden: Hausärzte, Internisten ohne Schwerpunkt, Nephrologen, Neurologen und Urologen.

GOP	Bezeichnung der Leistung	Bewertung
01478	Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung „Kranus Lutera“	64 Punkte

DiGA nur bei bestimmten Diagnosen abrechenbar

Digitale Gesundheitsanwendungen wurden mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz als neuer Leistungsbereich in die vertragsärztliche Versorgung eingeführt. Relevant für die Abrechnung sind die Vorgaben im DiGA-Verzeichnis des BfArM <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis>. Dort erfahren Sie, auf Basis welcher Diagnosen die Kosten der DiGA übernommen werden. Neben den zulässigen Diagnosen sind je nach DiGA auch ausgeschlossene Diagnosen aufgeführt. **Bitte achten Sie deshalb bei der Abrechnung auf die Angabe der korrekten Diagnose.**

Implantateregister: Meldepflicht der Ärzte

Für bestimmte operative Eingriffe besteht für Gesundheitseinrichtungen seit dem 1. Juli 2024 eine Meldepflicht an das neue Implantateregister Deutschland (IRD). Zu den verantwortlichen Gesundheitseinrichtungen gehören insbesondere Einrichtungen für ambulantes Operieren und Arztpraxen. **Zum Start des neuen Implantateregisters betrifft dies zunächst nur operative Eingriffe bei Brustimplantaten.** Ab dem 1. Januar 2025 folgen Meldungen zur Erfassung von Endoprothesen für Hüfte und Knie sowie von Aortenklappen.

Gesetzliche Grundlage

Die Meldepflicht ist gesetzlich verankert im Implantateregistergesetz (IRegG). Hinzu kommen eine Implantateregister-Betriebsverordnung (IRegBV) und eine Implantateregister-Gebührenverordnung (IRegGebV).

Registrierung

Vor der ersten Meldung müssen sich Gesundheitseinrichtungen, die implantatbezogene Maßnahmen durchführen, einmalig selbst registrieren. Die Webanwendung zur Selbstregistrierung ist ausschließlich in der Telematikinfrastruktur (TI) über die Seite <https://rst.ir-d.de/registration/> erreichbar. Beim Zugriff müssen Sie sich nicht gegenüber der Webanwendung, sondern nur gegenüber der TI authentifizieren (SMC-B Karte ist ausreichend). Jede Gesundheitseinrichtung erhält dann ein eigenes IRD-Kennzeichen. Perspektivisch soll das Meldeverfahren in die Praxissoftware integriert werden. Den Leitfaden zur Registrierung finden Sie unter https://xml.ir-d.de/rst/download/ge/HB_LeitfadenRegistrierung.pdf

Meldung

Die verantwortlichen Gesundheitseinrichtungen geben bei ihrer Meldung alle Daten an, die laut IRegG bzw. IRegBV im Webformular erforderlich sind. Nach erfolgter Meldung an das IRD erhält die Gesundheitseinrichtung von der Registerstelle unverzüglich eine elektronische Meldebestätigung über die Erfüllung der Meldepflicht. Ohne diese Meldebestätigung droht gemäß Paragraph 35 IRegG ein Vergütungsausschluss.

Nachweis bei der Abrechnung

Der Nachweis über die Erfüllung der Meldepflicht erfolgt im Feld „Hash-String Implantateregister“ (FK 4135). Die Daten werden entweder automatisch aus dem Webportal in das Praxisverwaltungssystem (PVS) übertragen oder müssen händisch erfasst werden. Zur Klärung der konkreten Umsetzung kontaktieren Sie bitte Ihren PVS-Betreuer.

Vergütung

Für ihre Meldung können Vertragsärzte die neue GOP 01965 berechnen. Vergütet werden damit die Erfassung, Speicherung und Übermittlung von Daten bezüglich einer implantatbezogenen Maßnahme an die Register- und Vertrauensstelle sowie die Erfüllung weiterer gesetzlicher Pflichten. Außerdem wurde die Kostenpauschale 40162 neu in den EBM aufgenommen. Die Vergütung erfolgt jeweils extrabudgetär.

GOP	Bezeichnung der Leistung	Bewertung
01965	Zuschlag zu einem Eingriff nach Abschnitt 31.2.2 oder 36.2.2 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
40162	Kostenpauschale für die Meldegebühr im Zusammenhang mit der Meldung einer implantatbezogenen Maßnahme entsprechend der GOP 01965 gemäß § 2 Absatz 1 Implantateregister-Gebührenverordnung (IRegGebV)	6,24 €

Offene Fragen

Ob Belegärzte oder die Gesundheitseinrichtung, in der der belegärztliche Eingriff stattfindet, meldepflichtig sind, befindet sich aktuell noch in Klärung. Hierzu wird eine Klarstellung vom BMG erwartet.

Ausführliche Informationen

- https://www.kbv.de/html/1150_70364.php
- www.bundesgesundheitsministerium.de/implantateregister-deutschland.html
- https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2024-07-05_ba719.pdf

Änderungen UV-GOÄ zum 1. Juli 2024

Die Ständige Gebührenkommission nach § 52 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger hat zum 1. Juli 2024 die Gebühren der UV-GOÄ um 4,22 % erhöht und Anpassungen im Gebührenverzeichnis für Leistungen im Rahmen des Psychotherapieverfahrens sowie im Vertrag Ärzte/Unfallversicherung vorgenommen. Die Einzelheiten und die aktuelle UV-GOÄ stehen Ihnen auf der Internetseite der KBV zur Verfügung:

www.kbv.de/html/uv.php

Alle Newsletter der KVSH finden Sie unter www.kvsh.de/praxis/praxisfuehrung/newsletter.