



In dieser KVNO-Praxisinformation lesen Sie:

Fähigkeit zum Empfang von eArztbriefen ist ab 30. Juni Pflicht

Praxen, die noch nicht über das eArztbrief-Modul verfügen, riskieren eine Kürzung der TI-Pauschale. Für das Senden und Empfangen von eArztbriefen gibt es noch einen Vergütungsanspruch.

Höhere Gebühren in der Unfallversicherung

Zum 1. Juli steigt die Vergütung in der gesetzlichen Unfallversicherung. Außerdem dürfen Ärztinnen und Ärzte Unfallverletzte künftig auch schmerzmedizinisch behandeln.

Abrechnung von Hybrid-DRGs: Richtige Eingabe im PVS

So gelingt die fehlerfreie Erfassung der neuen Hybrid-DRGs im Praxisverwaltungssystem – ein Beispiel aus der Praxis.

DiGA-Verordnung: Zertifizierte Software spätestens ab Oktober

Die Frist zur ausschließlichen Verwendung von zertifizierter Software für die Verordnung von digitalen Gesundheitsanwendungen wurde um drei Monate verlängert.

Systemische Therapie für Kinder: Start am 1. Juli 2024

Die Systemische Therapie für Kinder und Jugendliche ist ab Juli Kassenleistung.

Ab Juli Mammographie-Screening auch für Frauen ab 70

Bislang endete der Anspruch auf ein Mammographie-Screening mit 69 Jahren. Künftig können auch Frauen bis zum Erreichen des 76. Geburtstags an dem GKV-finanzierten Brustkrebs-Vorsorge-Programm teilnehmen.

kvno.de ist jetzt barrierefrei

Nutzerinnen und Nutzer des Webangebots der KV Nordrhein haben jetzt die Möglichkeit, angezeigte Inhalte und Darstellungen individuell voreinzustellen.

Sie finden alle Artikel dieser KVNO-Praxisinformation einzeln auch auf der KVNO-Homepage unter <https://www.kvno.de/praxisinformation>.



Fähigkeit zum Empfang von eArztbriefen ist ab 30. Juni Pflicht

Spätestens ab 30. Juni müssen alle Arzt- und Psychotherapiepraxen in der Lage sein, elektronische Arztbriefe empfangen zu können. Mindestanforderung an den eArztbrief ist, dass er die Versichertendaten enthalten muss, die auch beim Ersatzverfahren erhoben werden. Dazu gehören Name, Vorname, Geburtsdatum, Kostenträgerkennung, Versichertenart, Postleitzahl des Wohnortes und Krankenversicherungsnummer.

Die eArztbrief-Module der Praxissoftware müssen die Angaben beim eArztbrief automatisch hinzufügen. Software-Anbieter sind verpflichtet, die angepasste Software beim Quartalswechsel bereitzustellen. Damit haben empfangende Praxen dann alle notwendigen Angaben, um den eArztbrief der richtigen Person in ihrer Patientenverwaltung zuordnen zu können. Sollte es sich um einen neuen Patienten handeln, liegen alle erforderlichen Daten vor, um eine neue Patientenakte anlegen zu können.

Kürzung der TI-Pauschale vermeiden

eArztbriefe waren zunächst eine freiwillige Anwendung, dann machte der Gesetzgeber sie mit dem Digital-Gesetz zur Pflicht. Bereits jetzt müssen Praxen über das eArztbrief-Modul verfügen. Ansonsten wird die TI-Pauschale um 50 Prozent gekürzt. Von der Regelung ausgenommen sind Praxen, deren Software-Anbieter das eArztbrief-Modul noch nicht bereitgestellt hat.

Laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) haben Praxen weiterhin einen gesetzlichen Anspruch auf eine Vergütung für das Senden und Empfangen von eArztbriefen über KIM (vgl. **KVNO-Praxisinformation vom 26. März 2024**). Sie erhalten für den Versand 28 Cent (GOP 86900) und für den Empfang 27 Cent (GOP 86901) – maximal 23,40 Euro je Quartal und Arzt.

Die KBV informiert in einer Themenserie ausführlich über den eArztbrief und stellt weitere Infomaterialien bereit. /KBV

[KBV-Themenseite eArztbrief mit Serie, Infoblatt und PraxisInfo](#)



[Richtlinie Elektronischer Brief \(eArztbrief\)\(Stand: 17.05.2024, PDF, 161 KB\)](#)





Höhere Gebühren in der Unfallversicherung

Zum 1. Juli steigen die Gebühren der gesetzlichen Unfallversicherung um 4,22 Prozent. Zudem werden neue Leistungen aufgenommen. Die lineare Erhöhung der Gebühren für ärztliche und psychotherapeutische Leistungen in der gesetzlichen Unfallversicherung entspricht der Grundlohnsummen-Veränderungsrate (4,22 Prozent). Sie erfolgt immer zum 1. Juli eines Jahres – zunächst noch bis einschließlich 2027.

Die höhere Vergütung kommt Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zugute, die für die gesetzliche Unfallversicherung tätig sind. Sie gilt für alle ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen, die nach der UV-GOÄ, dem ärztlichen Leistungs- und Gebührenverzeichnis beziehungsweise dem Gebührenverzeichnis Psychotherapeutenverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung, berechnungsfähig sind.

Neues Kapitel für Schmerzmedizin – jetzt bei DGUV registrieren

Künftig können Ärztinnen und Ärzte Unfallverletzte auch schmerzmedizinisch behandeln. Dafür wurde ein neues Kapitel P mit fünf Gebührennummern aufgenommen. Neben der Erstanamnese (Nr. 6000) und der Folgebehandlung (Nr. 6001) kann auch die Besprechung und Koordination weiterer therapeutischer Maßnahmen etwa mit Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten oder anderen Heilmittelerbringern (Nr. 6002) abgerechnet werden. Für den Erstbericht (Nr. 6003) und Folgebericht (Nr. 6004) wurde je eine Nummer aufgenommen.

Ärztinnen und Ärzte müssen für die Abrechnung die Anforderungen nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie erfüllen. Vor der Behandlungsaufnahme bedarf es der vorherigen Genehmigung durch den zuständigen Unfallversicherungsträger. Diese gilt für ein Jahr ab dem ersten Behandlungstag.

Mit der Anfrage an den Unfallversicherungsträger erfolgt auch die Bestätigung, dass die geforderte Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung vorliegt.

Interessierte Ärztinnen und Ärzte können sich per **E-Mail**  in eine Liste bei der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) eintragen lassen. Diese Liste ist für die Unfallversicherung wichtig, damit Netzwerkpartner identifiziert werden und eine Heilverfahrenssteuerung über die Unfallversicherungsträger ermöglicht wird. Auch für die Durchgangsärztinnen und Durchgangsärzte kann diese Information sinnvoll sein, falls sie andere Ärzte zur Behandlung hinzuziehen möchten.

Weitere Anpassungen der UV-GOÄ

Für telefonische Reha-Gespräche zwischen Ärzten und Unfallversicherungsträgern und ihren Mitarbeitenden im Reha-Management gibt es künftig die neue Nummer 15. Sie wird mit 15 Euro vergütet und kann bei besonderer Heilbehandlung und maximal dreimal im Behandlungsfall (= drei Monate nach erster Inanspruchnahme) abgerechnet werden.



Eine weitere Änderung betrifft den Zuschlag für die Anwendung digitaler Radiographie nach der Nummer 5298. Er wird gestrichen, um die Abrechnung zu erleichtern. Die Vergütung wurde zu 25 Prozent in die Grundbeträge der allgemeinen und besonderen Heilbehandlung eingerechnet.

Darüber hinaus wurde die Leistungsbeschreibung der Nummern 411 und 411a zur Fraktursonographie an den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse angepasst.

Telemedizinische Beratungsleistungen bei Berufskrankheiten und im Hautarztverfahren

Bei arbeitsbedingten Hautkrankheiten kann es von Vorteil sein, schnelle und häufige Arztkontakte zu ermöglichen, um die eingeleiteten Maßnahmen der Individualprävention bei weiterhin hautbelastender Tätigkeit engmaschig zu begleiten. Hierfür eignen sich Videosprechstunden.

Beratungsleistungen bei Berufskrankheiten und im Hautarztverfahren können künftig auch in Videosprechstunden erfolgen. Sie werden nach den neuen Nummern 10b und 10c UV-GOÄ abgerechnet. Die Einschränkungen der bestehenden Nummern 10 und 10a auf den Behandlungsfall, eine vorherige Kostenzusage, die Verlaufsberichterstattung sowie die Dokumentationspflicht gelten für die Videosprechstunden nicht.

Eine Übersicht der neuen Gebührennummern für die Schmerztherapie ab 1. Juli und weitere Informationen zur Gesetzlichen Unfallversicherung hat die KBV hier erstellt:

[KBV-Themenseite Unfallversicherung](#)



Abrechnung von Hybrid-DRGs: Richtige Eingabe im PVS

Bei der Abrechnung der rückwirkend zum 1. Januar 2024 eingeführten Hybrid-DRGs für ambulantes Operieren gilt für das Kalenderjahr 2024 übergangsweise die reguläre Quartalsabrechnung. Sie wird später durch eine monatliche Abrechnung ersetzt (vgl. **KVNO-Praxisinformation vom 13. März 2024**). Bei der Erfassung der Fälle im Praxisverwaltungssystem (PVS) ergeben sich durch diese Konstruktion neue Anforderungen.

Wir haben an einem konkreten Abrechnungsbeispiel dargestellt, was bei der Eingabe zu beachten ist:

	1	2	3	4	5
Mo. 11.03.	83003	(Text: #H_K40.90#)	(OP:11.03.2024)	(OPS: 5-530.33)	(R)
	Feldkennung 5001	Feldkennung 5009	Feldkennung 5034	Feldkennung 5035	FK 5041



Erläuterung:

1. Pseudo-GOP (FK 5001)

- wird durch die Grouper-Software ermittelt (Pseudo-GOP 83001-83012, aktueller Stand)
- maximal eine Pseudo-GOP am BHT möglich

2. CD-10-Code (FK 5009)

- ICD-10-Code der jeweiligen Hauptdiagnose (maximal ein ICD-10-Code)
- ICD-10 Code muss endstellig sein
- Format und Zeichenfolge beachten: #H_ICD#
- die Angabe einer Diagnosesicherheit (G,V,A,Z) darf in dieser Feldkennung **nicht** erfolgen

3. OP-Datum (FK5034)

4. OPS-Code (FK 5035)

5. Seitenlokation, falls vorhanden (FK5041)

Bitte beachten Sie auch, dass die Hybrid-DRG unbedingt mit der lebenslangen Arztnummer (LANR) des abrechnenden Arztes und der dazugehörigen Betriebsstättennummer des Erbringungsortes gekennzeichnet werden muss.

Während der Übergangslösung für alle im Jahr 2024 erbrachten Hybrid-DRG-Leistungen erhält die abrechnende Praxis das Honorar der gesamten Fallpauschale ausbezahlt. Die Aufteilung der Fallpauschale auf die beteiligten Leistungserbringenden muss individuell ausgehandelt werden.

DiGA-Verordnung: Zertifizierte Software spätestens ab Oktober

Praxen, die digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) mit ihrer Praxissoftware verordnen, müssen dafür spätestens ab Oktober ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zertifiziertes Produkt verwenden. Ursprünglich war geplant, dass bereits ab Juli 2024 zertifizierte Software flächendeckend dafür bereitsteht. Da dies nicht der Fall ist, wurde die Frist verschoben. DiGA-Verordnungssoftware, die bereits von der KBV zertifiziert wurde, darf auch schon vor 1. Oktober 2024 eingesetzt werden.

Digitale Gesundheitsanwendungen können seit fast vier Jahren unter bestimmten Umständen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung ärztlich verordnet werden. Dies erfolgt auf dem vertragsärztlichen Formular Nummer 16, das Praxen auch für Hilfsmittel verwenden.

Informationen zum Anforderungskatalog zur Verordnung von DiGA gibt es hier:

[KBV-Themenseite DiGA](#)





Systemische Therapie für Kinder: Start am 1. Juli 2024

Die Systemische Therapie für Kinder und Jugendliche darf ab Juli zulasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden. Darüber hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) informiert. Somit sind die GOP 35431, 35432, 35435 (Einzeltherapie) sowie 35703 bis 35709 und 35713 bis 35719 (Gruppentherapie) ab Juli auch bei Durchführung der Systemischen Therapie für Kinder und Jugendliche berechnungsfähig. Die entsprechende Ergänzung der Gebührenordnungspositionen in der Psychotherapie-Vereinbarung wird laut KBV zum nächstmöglichen Zeitpunkt nachgeholt.

Den G-BA-Beschluss zur Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen finden Sie hier:

[G-BA-Beschluss: Psychotherapie-Richtlinie – Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen](#)



Ab Juli Mammographie-Screening auch für Frauen ab 70

Ab 1. Juli haben auch Frauen zwischen 70 und 75 Jahren alle zwei Jahre Anspruch auf Teilnahme am bundesweiten Mammographie-Screening-Programm. Bislang war der Anspruch auf 50- bis maximal 69-jährige Frauen begrenzt. Hausärztliche und gynäkologische Praxen können ihre Patientinnen auf diesen Anspruch und das Teilnahmeverfahren hinweisen.

Voraussichtlich erst ab 2025 soll das Einladungsverfahren für Frauen zwischen 70 und 75 Jahren so laufen wie bei den anspruchsberechtigten Frauen zwischen 50 und 69 Jahren. Um an dem Screening-Programm teilnehmen zu können, müssen sich 70- bis 75-jährige Frauen deshalb bei den sogenannten Zentralen Stellen für einen Untersuchungstermin in einer wohnortnahen Screening-Einheit anmelden. Bei der Stelle wird dann geprüft, ob die Frau bereits wieder anspruchsberechtigt ist. Die letzte Früherkennungs-Mammographie muss bei dieser Terminanfrage mindestens 22 Monate her sein.

Frauen finden die Kontaktdaten der regional zuständigen Zentralen Stellen auf der Internetseite der Kooperationsgemeinschaft Mammographie-Screening. Dort muss zunächst die Postleitzahl eingegeben werden. Anschließend wird die zuständige Stelle angezeigt. Über die dortigen Kontaktdaten ist die Terminvereinbarung möglich.

[Mammographie-Screening: Kontaktstellen und Terminvereinbarung](#)

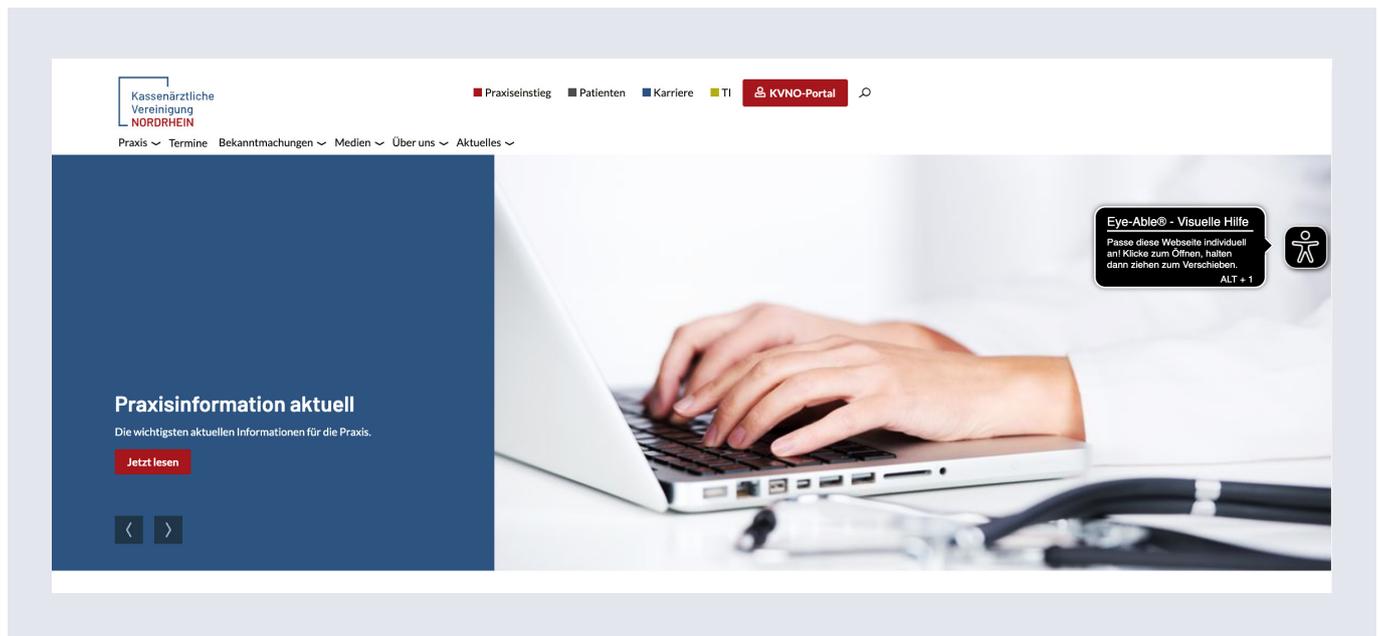




kvno.de ist jetzt barrierefrei

Um möglichst vielen Menschen den Zugang zu unseren Informationen und Angeboten zu ermöglichen, ist die Barrierefreiheit unserer Webseiten ein wichtiger Faktor. Aus diesem Grund haben wir als KV Nordrhein unsere Webangebote um ein neues Tool erweitert: die visuelle Hilfe „Eye-Able“.

Das Tool lässt sich über das deutlich sichtbare schwarz-weiße Icon am oberen rechten Bildschirmrand öffnen. Besucherinnen und Besucher können damit eine Vielzahl von Einstellungen vornehmen, um die Webseiten und ihre Inhalte an ihre individuellen Bedürfnisse anzupassen. Dazu gehören Schriftgröße, Kontrast, Blaufilter, Nachtmodus, Ausblenden von Bildern, Ausgleich von Farbschwächen, Vergrößerung des Mauszeigers und weitere Optionen. Vor allem für Menschen mit Seheinschränkungen hilfreich ist die Möglichkeit, sich die Inhalte der Webseiten vorlesen zu lassen.



Die KVNO im Netz:

<https://www.kvno.de>

<https://www.facebook.com/medizinischefachangestelltevernetz>

<https://www.youtube.com/@kvnordrhein>

https://www.instagram.com/arzt_sein_in_nordrhein/

<https://www.instagram.com/kvnordrhein/>