

AAC *Magazin*



KUNDENMAGAZIN DER AAC PRAXISBERATUNG AG

NEUES BEI KV-ABRECHNUNG & HONORAR AUF EINEN BLICK

AUSGABE NR. 01 – Q1 2019

IMPRESSUM

HERAUSGEBER

AAC PRAXISBERATUNG AG
Am Treptower Park 75
12435 Berlin

REDAKTION

Dr. med. G. Lübben (V.i.s.d.P.)
Telefon: 030 · 22 44 523 0
E-Mail: info@aac-ag.de

REDAKTIONELLE MITARBEIT

Jacqueline Bauer

BILDNACHWEISE

Titel: © ty - stock.adobe.com
Seite 4: © sdecoret - stock.adobe.com
Seite 9: © SFIO CRACHO - stock.adobe.com
Seite 13: © sodawhiskey - stock.adobe.com
Seite 19: © maxsim - stock.adobe.com

LAYOUT

Olaf Brandmeyer, 32257 Bünde

DRUCK

ServoPrint GmbH, 32051 Herford

AUFLAGE

Druck: 2000 Stück
Magazin als PDF: www.aac-ag.de/magazin

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers.

© 2019 AAC PRAXISBERATUNG AG

Printed in Germany



WILLKOMMEN

Sehr geehrte Frau Doktor,
sehr geehrter Herr Doktor,

Sie lesen die erste Ausgabe des neuen AAC-Kundenmagazins. Die Zahl unserer Kunden wächst kontinuierlich, das freut uns sehr. Es zeigt, dass es für eine qualifizierte Beratung zur KV-Abrechnung einen Bedarf gibt. Auf der anderen Seite ist dies auch mit dem kontinuierlichen Anspruch verbunden, Sie und Ihre Praxis bestmöglich durch den „Abrechnungs-Dschungel“ zu begleiten. Sicher und korrekt abrechnen, aber auch kein Honorar verschenken und dabei Sie und Ihr Praxispersonal bei der Abrechnung zeitlich möglichst gut zu entlasten, das ist unser Anspruch, Quartal für Quartal.

Mit unserem Kundenmagazin möchten wir Ihnen in kurzen Artikeln die aus unserer Sicht wichtigsten Informationen aus der Welt der Abrechnung und der Vergütung näherbringen. Gleichzeitig entwickeln wir unser Dienstleistungsangebot kontinuierlich weiter. Dies wollen wir Ihnen am Ende einer jeden Ausgabe näherbringen. In der aktuellen Ausgabe geht es um unser neues Angebot, den Check Ihrer Dokumentationsqualität. Hier „Prüfungs-Prävention“ zu betreiben macht sicher Sinn. Vielleicht ist ja etwas für Sie dabei?

Feedback in jeder Form ist natürlich ebenfalls willkommen!

Eine gute Lektüre und eine sichere Abrechnung!

Dr. Georg Lübben

Dr. Tino Lippmann

Markus Kottmann



NR 1
INHALT
Q 1 2019

Bundesweit gültige Regelungen zum 01.01.2019.....	5
KV-spezifische Regelungen ab 01.01.2019.....	14
Was gibt's Neues bei der AAC?	18





WAS GIBT'S NEUES?

BUNDESWEITE REGELUNGEN ZUM 01.01.2019

1 Umsetzung Abrechnungs-Prüfungs-Richtlinien

Bereits zum 01.04.2018 wurden die Abrechnungsprüfungsrichtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes angepasst.

Diese finden jetzt nach und nach Eingang in die KV-spezifischen Prüfrichtlinien. Bayern macht den Anfang und prüft ab dem Jahr 2019 bereits nach der neuen Systematik. Jetzt steht bei der Beurteilung der Plausibilität der Abrechnung nicht die Praxis, sondern der einzelne Arzt im Fokus.

für die Praxis *Unabhängig vom Tempo der Umsetzung gilt: wir achten bei der Beratung immer auf die Plausibilität der Abrechnung des einzelnen Arztes. Wir halten Sie auf dem Laufenden, wenn die KVn ihre Prüfrichtlinien aktualisieren.*

2 Prüfung auf Erfüllung des Versorgungsauftrages

Seit 2015 haben die KVn den gesetzlichen Auftrag, die Einhaltung des Versorgungsauftrags zu prüfen. Seit 2017 prüfen alle KVn. Allerdings gibt es keine verbindlichen Regelungen in Bezug auf Fallzahlen oder Leistungszeiten, was den (Mindest-)Teilnahmeumfang je Versorgungsauftrag ausmacht.

Bei Nichteinhaltung der KV-spezifischen Grenzen, werden die Praxen erst einmal zur Stellungnahme aufgefordert. Der häufigste Grund für die Unterschreitung der lokalen Grenzen ist die Teilnahme an Selektivverträgen wie die HzV. Bei wiederholter Nichteinhaltung kann es zu Disziplinarmaßnahmen von Verwarnung bis Geldbuße kommen. Bisher galt bereits, dass im Falle des Verkaufs eines Praxissitzes die KV einen halben Sitz einziehen kann, wenn die Fallzahlen unter der Hälfte des Fachgruppendurchschnitts liegen.

für die Praxis *Das Zeitprofil sollte sowohl im Hinblick auf eine Überschreitung als auch auf eine massive Unterschreitung zum Tätigkeitsumfang beachtet werden. In Berlin liegt beispielsweise eine Untergrenze von 204 Stunden im Quartal bei vollem Tätigkeitsumfang vor, in Nordrhein bei weniger als 15 Stunden pro Woche. In der Regel wird dabei auf die Prüfzeiten des EBM zurückgegriffen.*



3 HPV-Impfung für Jungen jetzt Kassenleistung

Alle gesetzlichen Krankenkassen übernehmen seit dem 30.11.2018 die HPV-Impfung für Jungen im Alter von 9-14 Jahren. Bei der HPV-Impfung sind zwei Impfungen im Abstand von mindestens fünf Monaten notwendig. Als Zeitrahmen für die Impfung bieten sich die U11 sowie die J1 an. Als Abrechnungsziffern kommen wie bei den Mädchen die 89110A für die erste Dosis und 89110B für die zweite Dosis zum Tragen.

für die Praxis Die HPV-Impfung bei Jungen kann sowohl von Kinder- als auch Hausärzten berechnet werden. Auch Gynäkologen dürfen diese Leistung bei Jungen erbringen, allerdings nur als reinen Präventionsfall. Es darf dann daneben keine gynäkologische Grundpauschale berechnet werden.

4 Zweitmeinungsverfahren – Vergütung geregelt

Das Zweitmeinungsverfahren kann nun mit der Einführung einer Abrechnungsziffer im EBM zum 01.01.2019 starten. Ein rechtlicher Anspruch auf eine Zweitmeinung besteht momentan bei einer Tonsillotomie bzw. Tonsillektomie sowie bei einer Hysterektomie. Der indikationsstellende Arzt rechnet die Ziffer 01645 einmal im Krankheitsfall ab. Diese ist mit 75 Punkten (8,12 EUR) bewertet. Der Arzt, der die Zweitmeinung abgibt, rechnet für den Patienten seine jeweilige arztgruppenspezifische Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale ab. Die Vergütung erfolgt ebenfalls befristet bis Ende 2021 extrabudgetär.

Sind für seine Beurteilung ergänzende Untersuchungen notwendig, kann er diese ebenfalls durchführen beziehungsweise veranlassen, muss sie aber medizinisch begründen. Leistungen des Zweitmeinungsverfahrens werden bis Ende des Jahres 2021 extrabudgetär vergütet. Für alle Leistungen wird es noch eine spezifische Kennzeichnungspflicht geben.



www.kbv.de/html/1150_38520.php

für die Praxis Wichtig: Ärzte, die am Zweitmeinungsverfahren teilnehmen möchten, benötigen eine Genehmigung ihrer KV. Die Veröffentlichung erfolgt im Internet. Das extrabudgetäre Honorar von ca. 20-23 EUR steht allerdings kaum im Verhältnis zum Aufwand und auch zum Haftungsrisiko. Hier haben die Krankenkassen bisher als Zusatzleistung ganz andere Beträge für eine qualifizierte Zweitmeinung bezahlt. Die Begeisterung der Ärzteschaft dürfte sich in Grenzen halten.



5 Anpassung der Onkologievereinbarung

Die Onkologievereinbarung wird zum 01.01.2019 um die Ziffer 86520, welche die Behandlung im Zusammenhang mit der oralen Chemotherapie umfasst, ergänzt. Diese Kostenpauschale ist nicht für rein hormonelle beziehungsweise rein antihormonell wirkende Substanzen der ATC-Klasse L02 (endokrine Therapie) berechnungsfähig.

Außerdem muss ab dem 1. Januar 2019 verpflichtend ein Arzt mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin in der onkologischen Kooperationsgemeinschaft vertreten sein. Ärzte, die bereits vor dem 31.12.2018 eine Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung erhalten haben, müssen den kooperierenden palliativmedizinischen Arzt spätestens bis Q2 an ihre KV melden.

Auch die Befristung der 86518 für die Palliativversorgung wurde aufgehoben. Es kann auch nach erfolgter Operation die 86518 weiterhin berechnet werden.



www.kbv.de/html/1150_38509.php

für die Praxis *Für die Abrechnung der neuen Kostenpauschale 86520 ist es erforderlich, dass – wie üblich – die Ärzte die verwendeten Medikamente angeben.*

Wichtig ist, dass die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmenden Ärzte, wenn sie nicht selbst über die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin verfügen, ihrer KV einen entsprechenden Arzt bis 28.02.2019 benennen. Diese Änderung wurde bereits seit längerer Zeit erwartet.

6 Nebeneinanderberechnung Bauchaorten-Sono und Uro-Genital-Sonographie

Ab Januar wird der Ausschluss der 33043 neben der 01748 aufgehoben. Damit wird ein Fehler korrigiert, da die beiden Untersuchungen aus medizinischer Sicht durchaus nebeneinander zu erbringen sind. Die 33043 wird in einem solchen Fall dann statt mit 9,41 EUR nur mit 8,55 EUR vergütet.

für die Praxis *Wichtig zu wissen ist, dass die Nebeneinanderberechnung der beiden Leistungen einer weiteren Diagnose für die 33043 bedarf. Vor allem für Urologen ist dies eine relevante Information, damit Patienten nicht zwei Mal einbestellt werden müssen.*



7 Erhöhung der Vergütung der Knochendichtemessung

Ab Januar erhalten Ärzte, die die Knochendichtemessung durchführen eine höhere Vergütung. Die Vergütung steigt von ca. 17 auf dann 29 EUR. Die Knochendichtemessung wird weiterhin extrabudgetär vergütet.

für die Praxis Mit der Erhöhung der Vergütung wird die Knochendichtemessung insbesondere für Orthopäden, die über eine entsprechende Genehmigung verfügen, halbwegs interessant. Die bisherige Vergütung hat dazu geführt, dass die Leistung nur sehr zurückhaltend erbracht wurde.

8 Stoßwellentherapie beim Fersensporn

Patienten mit Fersenschmerz bei Fasciitis plantaris können ab Januar mit der Stoßwellentherapie behandelt werden. Wenn diese Patienten mindestens sechs Monate unter dem Fersenschmerz leiden und ihre gewohnte körperliche Aktivität dadurch eingeschränkt ist sowie eine Reihe konservativer Maßnahmen zuvor erfolglos angewendet wurden, kann die Stoßwellentherapie eingesetzt werden. Dazu wurde eine neue Ziffer 30440 in den EBM aufgenommen. Die Ziffer ist mit 247 Punkten bewertet und wird daher mit 26,73 EUR extrabudgetär vergütet.



www.kbv.de/html/1150_38500.php

für die Praxis Diese Ziffer dürfen nur Orthopäden und Reha-Mediziner abrechnen und zwar pro Fuß bis zu drei Mal je Krankheitsepisode in maximal zwei aufeinanderfolgenden Quartalen. Bitte achten Sie auf eine Dokumentation der Vortherapie, denn die Kassen dürften hier genau hinschauen, ob die Bedingungen eingehalten wurden. Die „Konstruktion der Ziffer“ signalisiert Prüfgefahr!

9 Pflegeheimversorgung: Kooperationspflicht für Heime und Ärzte

Zum 01.01.2019 wird es für Pflegeheime zur Pflicht, Kooperationsverträge mit Ärzten zu schließen. Findet ein Heim keinen Arzt, müssen die KVn innerhalb von drei Monaten Vertragsabschlüsse vermitteln. Dies sieht das Pflegepersonalstärkungsgesetz vor, das zum Januar in Kraft tritt.

für die Praxis Ärzte, die jetzt schon Heimpatienten betreuen und bisher keinen Vertrag mit dem Heim haben, sollten hier noch einmal auf die Heime zugehen. Bisher haben von den 13.596 Pflegeheimen erst ca. 4.000 Heime einen Kooperationsvertrag mit einem Arzt/mit Ärzten geschlossen. Sie sind interessiert? Wir zeigen Ihnen wie es geht!





10 Beratung von Heimbewohnern bei der Versorgungsplanung

Pflegeheime können ihren Bewohnern eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase durch qualifizierte Berater anbieten. Im Rahmen einer Fallbesprechung soll insbesondere auf medizinische Abläufe in der letzten Lebensphase und während des Sterbeprozesses eingegangen, mögliche Notfallsituationen besprochen und geeignete einzelne Maßnahmen der palliativ-medizinischen, palliativ-pflegerischen und psychosozialen Versorgung dargestellt werden. Werden Ärzte in diese Planung und Beratung vom Berater des Heims einbezogen, können sie ab Januar 2019 ihre Leistung auch abrechnen. Die neue Ziffer 37400 darf einmal im Quartal berechnet werden und wird mit 10,82 EUR extrabudgetär vergütet.

für die Praxis Ärzte können die neue Leistung nur abrechnen, wenn sie vom entsprechenden Berater des Heims aktiv in die Versorgungsplanung einbezogen werden und dies gegenüber der KV nachweisen. Wie genau dieser Nachweis erfolgt, ist noch unklar. Es ist zu erwarten, dass die KVn hier entsprechende Vorgaben machen.

11 Anpassung Muster 20 – Stufenweise Wiedereingliederung

Das Muster 20 zur Stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben wurde in Abstimmung mit der Deutschen Rentenversicherung (DRV) angepasst. Es wurde klargestellt, dass die Beurteilung des Arztes „nach aktueller Betrachtung“ erfolgt. Auf eine Anforderung weiterer Begründungen wurde durch die DRV verzichtet. Eine zusätzliche Einschätzung zum Zeitpunkt der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist nicht mehr notwendig, man geht davon aus, dass der letzte Tag der prognostizierten Wiedereingliederung auch dem letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit entspricht.

für die Praxis Diese Vereinfachung des Prozesses ist für alle Ärzte relevant, die Patienten mit langfristigen Arbeitsunfähigkeiten betreuen und bei denen eine schrittweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben z.B. nach dem Hamburger Modell, möglich ist. Eine abrechnungstechnische Relevanz ergibt sich daraus jedoch nicht.

12 Fristverlängerung für Bestellung für TI-Konnektoren bis 31.03.2019

Die Frist für die Bestellung der Konnektoren für die Telematik-Infrastruktur wurde noch einmal bis 31.03.2019 verlängert. Bis 30.06.2019 muss dann der Anschluss erfolgt sein. Bis dahin braucht die Praxis keine Honorarkürzungen befürchten, wenn sie keinen Versichertenstammdatenabgleich durchführt.



13 **Krankenfahrten für Patienten mit Pflegegrad ohne Genehmigung**

Ab Januar brauchen Patienten mit Pflegegrad 3, 4 oder 5 die ärztlich verordneten Krankenfahrten nicht mehr vorab von der Krankenkasse genehmigen zu lassen. Dies gilt auch für Patienten mit Schwerbehinderung.

für die Praxis Diese Neuregelung stellt für die Patienten eine erhebliche Erleichterung dar. Auch wenn die Genehmigungspflicht entfällt, sollten Ärzte dennoch auf die wirtschaftliche Verordnung dieser Krankenfahrten achten.

14 **Transition von Rheumapatienten neu in der Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)**

Ab Januar gibt es neue Abrechnungsziffern für Rheumatologen und Kinderreumatologen bei der Überführung von Patienten aus der kinderärztlichen Versorgung in die Erwachsenenversorgung. Eine solche Überleitung ist bis zum vollendeten 21. Lebensjahr möglich. Es wurden dazu in den neuen Abschnitt 50.4 zwei Ziffern aufgenommen. 50400 für die Kinderreumatologen mit 110 Punkten und 50401 mit 90 Punkten bewertet. Die Leistungen werden extrabudgetär vergütet. Die Pseudoziffer 88511 wird gestrichen.

15 **Gut zu wissen**

Abrechnung Palliativziffern über 12 Monate hinaus

Sollte dies einmal der Fall sein, haben die Praxen die Möglichkeit gegenüber der KV eine Begründung anzugeben, warum diese Ziffern noch abgerechnet werden. In der Praxissoftware kann dies häufig als „freier Text“ direkt hinter der Ziffer gesetzt werden und wird dann mit der Abrechnungsziffer an die KV in der Abrechnungsdatei übermittelt. Damit liegt direkt eine Begründung vor und Prüfanträge der Kassen können bereits im Vorfeld abgefangen werden.

Prüfung 01747/01748

Diese beiden Ziffern werden analog der 01740 geprüft. Fällt den Kassen irgendwann auf, dass diese Leistungen bei einem Versicherten mehrfach (auch in unterschiedlichen Praxen) abgerechnet wurden, stellen diese einen Prüfantrag. Dieser führt dann dazu, dass die Ziffern rückwirkend bei dem Arzt der sie als zweites, drittes oder... abgerechnet hat, gestrichen werden und das Honorar von der nächsten Restzahlung einbehalten wird.



16 **Ausblick**

TSVG – Terminservice- und Versorgungsgesetz

Das TSVG soll im ersten Quartal im Bundestag beraten und verabschiedet werden. Wenn dies erfolgt, wird es zum 01. April 2019 in Kraft treten. Welche Änderungen sich für die Praxis konkret ergeben, wird Schwerpunktthema der nächsten Ausgabe werden.

Neue Formulare ab April 2019

Zum April 2019 werden u.a. die Formulare zur Krankenförderung (Formular 4) und die Bescheinigung einer Frühgeburt oder Behinderung des Kindes (Formular 9) angepasst.

Änderungen bei Vorsorgeleistungen in 2019

Ab 01.04.2019 wird die Gesundheitsvorsorge (01732) neu gefasst. Da sich nicht nur das Untersuchungsintervall von alle zwei auf alle drei Jahre verändert, sondern auch die Leistungsinhalte, wird es ggf. auch eine neue Bewertung oder sogar mehrere neue Ziffern geben. Diese liegen momentan jedoch noch nicht vor.

Ab 01.07.2019 wird es ein Screening-Programm Darmkrebs geben. Das bedeutet, dass die Patienten zur Darmkrebsvorsorge von Ihren Versicherungen „eingeladen“ werden.

Wir halten Sie auf dem Laufenden!





WAS GIBT'S NEUES?

KV-SPEZIFISCHE REGELUNGEN AB 01.01.2019

BW

Baden-Württemberg

Hinweis: in Baden-Württemberg gilt die arztbezogene Prüfung der Plausibilität ebenfalls – siehe nachfolgender Beitrag für Bayern.

BY

Bayern

Neue Abrechnungsprüfungsrichtlinien – arztbezogene Zeitplausibilitätsprüfung

Hier noch mal eine Zusammenfassung der geänderten Punkte:

Zeitplausibilitätsprüfung

- Vertragsärzte und angestellte Ärzte sind im Rahmen der Abrechnungsprüfung nach Zeitprofilen gemäß ihres jeweiligen Versorgungsauftrages (Sitzumfang) gleich zu behandeln. Dies ist bereits in allen KVn umgesetzt.
- Zeitprofile sind grundsätzlich arztbezogen zu ermitteln!

Es besteht aber ergänzend nach wie vor die Möglichkeit, die Prüfzeit der gesamten Praxis zu berücksichtigen.

Prüfung der Patientenidentität

- Patientenidentitäten werden nicht mehr nur bei Praxismgemeinschaften geprüft, sondern bei allen Ärzten.
- Dabei gelten als Auffälligkeitsschwelle: 20 % bei fachgleichen Praxen und 30% bei fachübergreifenden Praxen.
- Wie eine solche Prüfung konkret erfolgt, muss abgewartet werden.

für die Praxis Insbesondere Gemeinschaftspraxen/MVZ mit einzelnen Ärzten, die die Quartalsprüfzeit überschreiten, müssen aufpassen. Dies gilt umso mehr, wenn auch die Quartalsprüfzeit der Einrichtung überschritten wird. Hier muss in Zukunft gut gesteuert werden. Bei Fragen sprechen Sie uns gerne an!



Bayern (Fortsetzung)

FARKOR-Vertrag seit 01.10.18 zum Darmkrebs

Das Projekt FARKOR wurde mit dem Ziel aufgesetzt, die Sterblichkeit von an Darmkrebs erkrankten bei den unter 50-Jährigen zu senken. An diesem Projekt nehmen alle großen Krankenkassen teil und es ist offen für Hausärzte als auch Internisten ohne Schwerpunkt, Gastroenterologen, Gynäkologen, Urologen, Dermatologen, Onkologen sowie Humangenetiker, Pathologen und Laborärzte. Als Voraussetzung muss lediglich eine online-Schulung absolviert und die Teilnahmeerklärung bei der KVB eingereicht werden. Weitere Informationen siehe:



www.kvb.de/abrechnung/verguetungsvertraege/farkor

BE

Berlin

NäPa-Leistungen werden wieder unbudgetiert vergütet

Rückwirkend zum 2. Quartal 2018 wurde beschlossen, dass die NäPa-Leistungen im hausärztlichen Bereich wieder unquotiert vergütet werden. Da die NäPa-Leistungen bis dato im RLV und damit ggf. nur quotiert vergütet wurden, erhalten betroffene Praxen rückwirkend für 2-4/18 eine Nachvergütung. Ab dem ersten Quartal 2019 werden die Leistungen aus dem RLV herausgenommen und als Freie Leistungen innerhalb der MGV vergütet. Ziel ist es, diese unquotiert zu vergüten.

HzV-Add-on-Vertrag mit BKK VAG Mitte zum 31.12.18 gekündigt

Ergänzung Berliner Projekt – Pflege mit dem Plus

Ärzte, die an dem Projekt teilnehmen und über eine Genehmigung zur qualifizierten Palliativversorgung verfügen dürfen auch bei Patienten innerhalb des Projektes „Pflege mit dem Plus“ die Zuschlagsziffern (37302, 37305, 37306) neben der SNR 99889 abrechnen. Dies gilt seit 01.10.2018



BB

Brandenburg

Vertragsende mehrerer Verträge zum 31.12.18

- Add-on-Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung mit dem BKK Landesverband Mitte
- Vertrag über die Durchführung von Tonsillotomien mit der HEK
- Rahmenstrukturvertrag (hier Überweisungssteuerung) mit der TK

HB

Bremen

Erhöhung der Fallzahlzuwachsbeschränkung

Ab 01.01.19 wird die Fallzahlzuwachsbeschränkung von 2 auf 4% erhöht.

Add-on-Hausarztverträge angepasst

Die Hausarztverträge mit der hkk und AOK Bremen/Bremerhaven wurden zum 01.01.19 entsprechend den Vorgaben der Aufsichtsbehörden angepasst und können von daher weiterlaufen. Patienten müssen nicht neu eingeschrieben werden.

NI

Niedersachsen

Selektivvertrag zur Transition mit AOK Niedersachsen zum 01.10.18

Chronisch kranke Kinder und Jugendliche sollen künftig den Übergang von einer auf Kinder zugeschnittenen Versorgung in die Erwachsenenmedizin leichter meistern. Teilnahmeberechtigt sind Haus- und Kinderärzte sowie Fachärzte für die entsprechenden Erkrankungen. Die Ärzte werden dazu zusätzlich qualifiziert. Die Vergütung beträgt 60 EUR pro Einschreibung.



NO

Nordrhein

Telemedizinisches Programm ZNS-Telekonsil ab 01.11.2018 mit der BARMER

Mit dem Modell soll die frühzeitige Diagnostik und Therapie neurologischer Erkrankungen und Erkrankungen des Zentralen Nervensystems (ZNS) sichergestellt werden. Mit Hilfe des ZNS-Konsils können die nachfragenden Ärzte einen für bestimmte Indikationen besonders qualifizierten Experten online konsultieren und um Unterstützung bitten – von der Diagnosestellung bis hin zu möglichen Therapieoptionen. Teilnehmen können an diesem Vertrag Hausärzte als nachfragende Ärzte oder als Experten Neurologen, Psychiater, Nervenärzte und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie. Eine Teilnahmeerklärung bei der KV NO ist abzugeben. Alle Ärzte erhalten eine Vergütung in Höhe von 35 EUR maximal zwei Mal je Indikation und 7,50 EUR als Technikpauschale für die Nutzung eines entsprechenden IT-Dienstleisters. Weitere Informationen unter:



www.kvno.de/10praxis/25vertraeg/telemedizinisches_konsil

für die Praxis

Die Höhe der Vergütung hat bereits einen lautstarken Protest der Ärzteschaft hervorgerufen. Es bleibt daher abzuwarten wie dieses Angebot angenommen wird.

TH

Thüringen

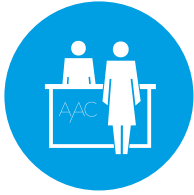
Telemedizinisches Programm ZNS-Telekonsil ab 01.07.2018 mit der BARMER

Bereits seit Juli gibt es in Thüringen einen gleichgelagerten Vertrag zum ZNS-Telekonsil. Die Voraussetzungen sind analog. Die Vergütung unterscheidet sich allerdings dahingehend, dass der anfragende Arzt 30 EUR und der Experte 40 EUR vergütet bekommt. Die Technikpauschale beträgt auch hier 7,50 EUR. Weitere Informationen unter:



www.kv-thueringen.de/mitglieder/vertraege/r/rahmenvertrag/rahmenvertrag-barmer/06_1_anl_6_zns_konsil.pdf

Hinweis *Bei KVn, zu denen nichts aufgeführt ist, lagen bis Redaktionsschluss keine Informationen zu Neuerungen/Änderungen vor.*



WAS GIBT'S NEUES? BEI DER AAC

Wir achten in unserer Analyse und Beratung intensiv auf die Wirtschaftlichkeit, Vollständigkeit und Plausibilität Ihrer Abrechnung. Dazu gehört auch die routinemäßige Überprüfung der sachgerechten und qualifizierenden Kodierung der Diagnosen. Damit haben wir bei Ihnen bereits die wichtigsten prüferelevanten Punkte der Abrechnung gut im Blick. Ein wichtiges Thema prüfen wir bis jetzt allerdings nicht – ihre Dokumentationsqualität der Patientenakte.

„Sie müssen nur gut dokumentieren!“ Diesen gut gemeinten Ratschlag hören Sie von allen Seiten. Aber was zeichnet eine „gute Dokumentation“ aus? Wie ausführlich muss man dokumentieren – und was? Und die alles entscheidende Frage: was wäre als ausreichend im Falle einer Prüfung anzusehen?

Um Sie komplett abzusichern, sollten wir einen Blick auf Ihre Dokumentation riskieren. Denn immer mehr EBM-Ziffern enthalten im obligaten Leistungsinhalt mindestens ein Dokumentationsanfordernis, welches häufig übersehen wird. Wenn im Falle einer Prüfung einzelne Patientenakten angefordert werden, dann haben die Prüfungsgremien genau diesen Punkt im Blick: wer unzureichend dokumentiert riskiert, dass die Leistung falsch abgerechnet wurde. Leider haben die Gerichte die Praxis abgesegnet, dass eine fehlerhafte Dokumentation in einer Stichprobe von Akten auf die gesamte abgerechnete Leistungsmenge hochgerechnet werden darf. Hier drohen die Streichung und damit eine schmerzhafteste Honorarrückforderung. Wir sehen in der Praxis, dass Praxen hier ihre Achillesferse haben und in Prüfungen „auf die Bretter gehen“. Das muss nicht sein!

unser Angebot **Wir überprüfen die Dokumentationsqualität anhand von 10 typischen anonymisierten Patientenakten mit dokumentationsintensiven Leistungsbereichen. Sie erhalten eine Beurteilung der Dokumentationsqualität mit konkreten Hinweisen für Verbesserungen.**

Interessiert? Dann sprechen Sie Ihren Praxisberater bitte gerne an!

VORSICHT PLAUSIBILITÄTSPRÜFUNG!



RICHTIG ABGERECHNET?
KORREKTE DIAGNOSEN?
SAUBER DOKUMENTIERT?

SIND SIE SICHER?

Sprechen Sie uns an – sicher ist sicher!





www.aac-ag.de

AAC PRAXISBERATUNG AG Am Treptower Park 75 12435 Berlin

Telefon 030 · 22 44 523 0 Fax 030 · 22 44 523 33 E-Mail info@aac-ag.de