

AAC *Magazin*



KUNDENMAGAZIN DER AAC PRAXISBERATUNG AG

NEUES BEI KV-ABRECHNUNG & HONORAR AUF EINEN BLICK

AUSGABE NR. 03 – Q3 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: © sodawhiskey - stock.adobe.com
Seite 9: © wutzkoh - stock.adobe.com
Seite 13: © 1StunningART - stock.adobe.com
Seite 21: © SFIO CRACHO - stock.adobe.com
Seite 24: © maxsim - stock.adobe.com

LAYOUT

Olaf Brandmeyer, 32257 Bünde

DRUCK

ServoPrint GmbH, 32051 Herford

AUFLAGE

Druck: 1500 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,

Ausgabe 3 unseres in diesem Jahr gestarteten AAC-Kundenmagazins beschäftigt sich erneut mit dem TSVG, dem Terminservice- und Versorgungsgesetz. Das Gesetz ist in der Zwischenzeit in Kraft getreten. Die Ärzteschaft hadert immer noch mit diesem erheblichen Eingriff in die Arbeit der Praxen, aber jetzt sind die wichtigsten Regeln bekannt, es geht – ob man will oder nicht – an die Umsetzung. Wir informieren ausführlich und stehen Ihnen im Rahmen der Abrechnungsberatung hier gerne für Ihre Fragen zur Verfügung.

Auch wenn die Politik Sommerpause macht, KBV und Krankenkassen arbeiten mit Hochdruck an der überfälligen nächsten EBM-Reform. Sie soll bis zum 30.09. beschlossen werden, um dann zum Januar 2020 in Kraft zu treten. Wir haben unsere Hausaufgaben gemacht und stehen in den Startlöchern, um die Beschlüsse aufzuarbeiten, um sie dann in die „Sprache“ unseres Analyseprogramms zu „übersetzen“. Wir wollen Ihnen dann bereits ab November eine erste Einschätzung geben, welchen Einfluss die EBM-Reform auf das Ergebnis Ihrer Praxis hat.

Wie immer an dieser Stelle möchten wir Sie auch auf Dienstleistungen unseres Unternehmens aufmerksam machen. Diese finden Sie immer auf den letzten beiden Seiten des Magazins. In dieser Ausgabe geht es um praxisindividuelle Trainings rund um die Abrechnung. Wann haben Sie und Ihr Praxisteam sich zuletzt mal ein solches Intensiv-Training „gegönnt“? Ihr Berater steht Ihnen hier für ein maßgeschneidertes Angebot sehr gerne zur Verfügung.

Neu an dieser Stelle ist ein kurzer Gastbeitrag unseres Kooperationspartners, der Consanitas e.K.. Hier geht es um die noch viel zu wenig bekannte Möglichkeit der Förderung von Beratungsleistungen durch die öffentliche Hand.

Feedback in jeder Form ist natürlich ebenfalls immer willkommen!

Eine gute Lektüre und eine sichere Abrechnung!

Dr. Georg Lübben

Dr. Tino Lippmann

Markus Kottmann



NR 3

INHALT Q3 2019

Bundesweit gültige Regelungen zum 01.07.2019.....	4
KV-spezifische Regelungen ab 01.07.2019.	14
Was gibt's Neues bei der AAC?	22
Gastbeitrag „öffentliche Fördermittel“	23



WAS GIBT'S NEUES?

BUNDESWEITE REGELUNGEN ZUM 01.07.2019

1 Umsetzung TSVG

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz ist mit Veröffentlichung am 11.05.19 und damit etwas später als erwartet, in Kraft getreten. Dies führt dazu, dass sich einige Regelungen verschieben.

Seit dem 11.05.2019 gelten folgende Regelungen:

- Alle Ärzte müssen mindestens 25 Sprechstunden in der Woche anbieten.
- Die Terminservicestellen (TSS) vermitteln jetzt auch Termine für Haus- und Kinderärzte inkl. für Kindervorsorgeuntersuchungen.
- Ärzte und Psychotherapeuten erhalten alle Leistungen im Behandlungsfall extrabudgetär vergütet für Patienten, die durch die TSS vermittelt werden. Hierzu muss der angelegte Schein in der Praxissoftware des behandelnden Arztes unter Vermittlungsart als „TSS-Terminfall“ gekennzeichnet werden. Eine entsprechende Funktion steht dafür bereit.
- Fachärzte erhalten alle Leistungen im Behandlungsfall extrabudgetär vergütet, die von Hausärzten vermittelt werden. Auch diese Scheine müssen unter Vermittlungsart in diesem Fall als „HA-Vermittlung“ gekennzeichnet werden.



1 Umsetzung TSVG (Fortsetzung)

Weitere Regelungen gelten nun ab 01.09.2019:

- Alle bei Neupatienten erbrachten Leistungen werden im Behandlungsfall für Haus- und Fachärzte extrabudgetär vergütet. Als Neupatient gilt dabei ein Patient, der noch nie oder mindestens zwei Jahre nicht in der jeweiligen Praxis war. Auch für diese Patienten gibt es unter Vermittlungsart ein Kennzeichen als „Neupatient“. Der Wechsel aus einem Selektivvertrag oder Krankenkasse macht aus einem Patienten keinen Neupatienten. Sind in einer Praxis mehrere Arztgruppen tätig, können bis zu zwei Arztgruppen diesen Patienten – sofern notwendig – als Neupatienten behandeln und die Leistungen abrechnen. Die Neupatienten-Regelung gilt nicht in den ersten zwei Jahren seit Gründung/Übernahme der Praxis. Ebenso gilt dies nicht für Praxen mit einem Gesellschafterwechsel.
- Für die Vermittlung von dringenden Terminen an Fachärzte erhalten Hausärzte einen Zuschlag von 10 EUR.
- In Abhängigkeit von der Wartezeit auf einen Termin erhalten Ärzte auf die durch die TSS vermittelten Termine einen Zuschlag auf die Grund-/Versichertenpauschale. Diese Zuschläge müssen die Praxen zunächst selber zusetzen. Es wird daran gearbeitet, dass die KV später die Zusetzung übernimmt.
- Alle Leistungen im Behandlungsfall, die Fachärzte der grundversorgenden Patientenversorgung in den offenen Sprechstunden erbringen, werden extrabudgetär vergütet. Auch hierfür ist wieder eine Kennzeichnung über die Vermittlungsart erforderlich.

für die Praxis Die Kennzeichnung der verschiedenen Vermittlungsarten erfolgt beim Einlesen der Chipkarte des Patienten über ein Abfragefeld „Vermittlungsart“ direkt im PVS. In einigen KVen müssen zusätzlich Pseudoziffern angesetzt oder der Schein mit dem Kode der TSS gekennzeichnet werden.

Wichtig: die extrabudgetäre Vergütung für Vermittlungs- oder Neupatienten sowie Patienten in der offenen Sprechstunde werden rückwirkend für vier Quartale arzt-spezifisch bereinigt werden. Das bedeutet, dass budgetierte Leistungen wie Versicherten- oder Grundpauschale, die im aktuellen Quartal erst einmal extrabudgetär bezahlt werden, anschließend für das Quartal vom Budget abgezogen werden. Der Fallwert sinkt, es resultiert somit für die Praxis ein „Nullsummenspiel“. Einzig und allein die 10 EUR für die Vermittlung durch Haus- an Fachärzte sowie die Zuschläge auf die Versicherten- bzw. Grundpauschale für die Terminfälle innerhalb bestimmter Fristen werden von Anfang an extrabudgetär vergütet.

*Auf der **folgenden Tabelle** haben wir die Informationen noch einmal tabellarisch zusammenfassend und aktualisiert dargestellt. Weitere KV-spezifische Informationen folgen ggf. in Form eines Newsletters.*

THEMA	GÜLTIG AB	DETAILS	FACHGRUPPEN	VERGÜTUNG	BEMERKUNGEN	BEREINIGUNGS-ZEITRAUM*
Mindest-Sprechstunden	01.05.2019	Mindestsprechstunden-Angebot wird von 20 auf 25 Wochenstunden angehoben	alle	keine gesonderte Vergütung	Haus- und Pflegeheimbesuche zählen ab sofort für die Sprechstundenzeit. Keine organisatorische Konsequenz für die Praxis. KV kontrolliert die Einhaltung nach einem noch zu vereinbarenden bundesweiten Verfahren.	
Terminvermittlung über Terminservicestellen (TSS)	01.05.2019	TSS vermittelt jetzt auch Termine für Haus- und Kinderärzte	alle	Extrabudgetäre Vergütung aller TSS- Terminvermittlungsfälle im Behandlungsfall	Für Terminvermittlungen an Fachärzte ist weiterhin eine Überweisung notwendig. Die Überweisung wird mit einem Code versehen, die der Pat. bei der TSS angeben muss. Die annehmende Praxis markiert diese Patienten als „TSS-Terminfall“ im Praxissoftwareprogram. Es erfolgt keine Terminvermittlung zu Wunschärzten!	4/19 – 3/20
		TSS vermittelt Termine zur psychotherapeutischen Akutbehandlung, jetzt innerhalb von zwei Wochen (bisher innerhalb von vier Wochen)	Psychotherapeuten	Extrabudgetäre Vergütung der psychotherapeutischen Akutbehandlung (wie bisher auch)	Bescheinigung (PTV 11, Akutbehandlung/Probatorik) ist für Terminvermittlung erforderlich.	
	01.09.2019	Zuschläge TSS-Terminfall zur Versicherten- bzw. Grundpauschale	Fach-, Haus- und Kinderärzte sowie Psychotherapeuten	Zuschlag auf VP/ GP in Abhängigkeit der Wartezeit 50% bei 1-8 Tage 30% bei 9-14 Tage 20% bei 15-35 Tage	Der Zuschlag ist nach der Länge der Wartezeit auf einen Termin gestaffelt, der erste Zähltag ist gleich dem Tag der ersten Kontaktaufnahme bei der TSS! Weitere Zusatznummern zur Abbildung der alters- und fachgruppen-spezifischen Abbildung werden folgen.	
Vermittlung Termine durch Hausärzte an Fachärzte	01.05.2019	Erfolgreiche Vermittlung eines dringenden Termins durch den Hausarzt beim Facharzt, innerhalb von 4 Tagen	Fachärzte	Extrabudgetäre Vergütung aller Leistungen im Behandlungsfall	Weiterbehandelnde Fachärzte erhalten alle Leistungen im Behandlungsfall extrabudgetär vergütet; Kennzeichnung des Patienten bei Vermittlungsart als „HA-Vermittlungsfall“ im Praxissoftwaresystem!	3/19 – 2/20
	01.09.2019		Hausärzte	10 Euro extrabudgetär für die Vermittlung eines Facharzttermins (keine Bereinigung)	Die Terminvermittlung erfolgt in diesem Fall nicht durch die TSS, sondern durch den Hausarzt! Dieser rechnet den Zuschlag GON 03008/04008 (Bewertung mit 93 Pkt.) ab und gibt die BSNR der Facharztpraxis an. Der Zuschlag ist einmal pro BHF pro Fachgruppe abrechenbar. Abrechnungsauffälligkeiten werden geprüft, wenn der Anteil der Fälle der Arztgruppe mit Zuschlag 15 % überschreitet!	
offene Sprechstunde	01.09.2019	mindestens fünf Stunden pro Woche sind als offene Sprechstunde anzubieten	Augenärzte, Chirurgen, Gynäkologen, HNO-Ärzte, Hautärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Nervenärzte, Neurologen, Orthopäden, Psychiater und Urologen	Extrabudgetäre Vergütung aller Leistungen im Behandlungsfall	Es besteht eine Meldepflicht der offenen Sprechstunde an die KV! Eine Überweisung ist nicht nötig, Kennzeichnung der Vermittlungsart als „Offene Sprechstunde“! Zur Begrenzung der extrabudgetären Vergütung, wird es eine maximale Obergrenze von 17,5% der Arztgruppenfälle einer Arztpraxis des Vorjahresquartals geben.	4/19 – 3/20
Neupatienten	01.09.2019	Aufnahme Neupatienten (Erstkontakt)	Fach-, Haus- und Kinderärzte (mit Ausnahme von Anästhesie, Humangenetik, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Nuklear-/Strahlenmedizin, Radiologen)	Extrabudgetäre Vergütung aller Leistungen im Behandlungsfall	Definition Neupatient: Patient wird erstmals in der Praxis behandelt oder war mindestens zwei Jahre nicht in der Praxis; Kennzeichnung/Identifizierung der Patienten noch offen; Fachgruppen sind definiert. Sind mehrere Arztgruppen in einer Praxis tätig, können maximal zwei Arztgruppen diesen Patienten als „Neupatienten“ abrechnen.	4/19 – 3/20
Akut-Patienten	01.01.2020	TSS vermittelt Akut-Patienten einschl. Ersteinschätzung	Fach-, Haus- und Kinderärzte (mit Ausnahme von Anästhesie, Humangenetik, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Nuklear-/Strahlenmedizin, Radiologen)	Extrabudgetär (mit Bereinigung) sowie Zuschlag (ohne Bereinigung) in Höhe von 50% auf die jeweilige Grund- oder Versichertenpauschale	Der Zuschlag zum Akutfall ist nur berechnungsfähig, wenn der Termin innerhalb von 24 Std. nach Kontaktaufnahme und Einschätzung als Akutfall durch die TSS und dem Termin erfolgt. Kennzeichnung des Patienten unter Vermittlungsart im Praxissoftwaresystem als „TSS-Akutfall“!	1/20 – 4/20

*BEREINIGUNG: Alle budgetierten Leistungen, wie z.B. Versicherten- oder Grundpauschale, die im aktuellen Quartal erst einmal extrabudgetär bezahlt werden, werden anschließend für dieses Quartal vom Budget abgezogen. Daraus resultiert eine Absenkung des Fallwertes bzw. des Praxisbudgets/Punktzahlvolumens.



2 Mutterschaftsvorsorge: Routinemäßige Urinuntersuchungen gestrichen

Zum 28.05.2019 ist eine Änderung bei den Mutterschaftsvorsorgen in Kraft getreten. Demnach darf die Untersuchung des Urins auf Bakterien nur noch in besonderen Fällen durchgeführt werden. Das bisher in den Mutterschafts-Richtlinien geforderte Urinsediment wurde gestrichen. Gleichzeitig wurde konkretisiert, bei welchen besonderen Risiken eine bakteriologische Untersuchung erforderlich sein kann. Dazu zählen auffällige Symptome, wie rezidivierende Harnwegsinfektionen in der Anamnese, Zustand nach Frühgeburt oder erhöhtes Risiko für Infektionen der ableitenden Harnwege.

für die Praxis Gynäkologen sollten bei Anforderung einer Urinuntersuchung auf Bakterien bei Schwangeren zukünftig auf die entsprechende ICD-Kodierung für die besonderen Risiken achten.

3 Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) für Hautärzte

Zum 11.05.2019 ist ein Beschluss des G-BA in Kraft getreten, wonach jetzt auch Patienten mit Hautkrebs in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung behandelt werden können. Damit ist Hautkrebs die elfte Indikation, die in dem interdisziplinären Versorgungsbereich behandelt werden kann.

für die Praxis Für die Behandlung von Patienten im Rahmen der ASV müssen die teilnehmenden Ärzte Mindestmengen einhalten, die bei 50 Patienten mit einer gesicherten Diagnose Hautkrebs liegen. Um eine ASV-Berechtigung zu erhalten, müssen weitere Anforderungen erfüllt sein und ASV-Teams gebildet werden. Für die meisten ambulant tätigen Dermatologen dürfte dies eher uninteressant sein.

4 Überarbeitete Bedarfsplanung beschlossen

Mit der Reform der Bedarfsplanung wurden rund 3.500 zusätzliche Arzt- und Psychotherapeutenplätze geschaffen. Den größten Zuwachs gibt es bei Hausärzten mit rund 1.500 neuen Sitzen, bei den Psychotherapeuten mit 800 Sitzen sowie Nervenärzten und Kinder- und Jugendmedizinern mit jeweils ca. 400 Sitzen.

für die Praxis Grundlegend hat die neue Bedarfsplanung auf die Abrechnung erst einmal keine Auswirkungen. Wenn der Beschluss vom Ministerium nicht beanstandet wird, müssen die KV die Bedarfsplanung ab 2020 in die Regionen umsetzen.





5 DMP chronischer Rückenschmerz auf den Weg gebracht

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat jetzt die inhaltlichen Anforderungen für das DMP Chronischer Rückenschmerz beschlossen. Wenn das Bundesgesundheitsministerium diesen Beschluss nicht beanstandet, kann er in Kraft treten und dann können entsprechende DMP-Verträge auf regionaler Ebene geschlossen werden. Dies wird frühestens im Laufe des Jahres 2020 erfolgen.

für die Praxis Da die Einzelheiten dieser neuen DMP-Verträge noch nicht bekannt sind, kann momentan nur eine Aussage zu den Voraussetzungen der Teilnahme von Patienten getroffen werden. Danach können Patienten in dieses DMP eingeschrieben werden, wenn sie chronische, länger als 12 Wochen anhaltende Kreuzschmerzen mit deutlichen Aktivitätseinschränkungen haben und die auf eine leitliniengerechte Behandlung nicht angesprochen haben. Bei spezifischen Ursachen wie Wirbelkörperfrakturen, rheumatische Erkrankungen oder einem Tumor können die Patienten nicht ins DMP eingeschrieben werden.

6 Neuer Vertrag „Hallo Baby“ ab 01.07.19 mit den BKK

Die BKK-Vertragsgemeinschaft hat mit der AG Vertragskoordinierung der KBV und dem Berufsverband der Frauenärzte einen Vertrag zur Vermeidung von Frühgeburten beschlossen. Im Rahmen des bundesweiten Vertrages „Hallo Baby“ nach § 140a SGB V werden zusätzliche Leistungen während der Schwangerschaft angeboten. So wird direkt mit der Schwangerschaftsfeststellung ein Toxoplasmosesuchtest durchgeführt, in der Zeit von der 13. bis zur 20. Schwangerschaftswoche erfolgt ein Infektionsscreening mittels eines Abstriches auf bakterielle Scheidenbesiedelung und gegen Ende der Schwangerschaft wird in der 35. bis 37. Schwangerschaftswoche ein Abstrichtest auf Streptokokken-B Bakterien durchgeführt.

Dieser Vertrag gilt bundesweit und ist in vielen KV bereits zum 01.02.2019 in Kraft getreten. Seit 01.05.2019 können sich Ärzte zur Teilnahme an diesem Vertrag einschreiben und ab 01.07.2019 können Versicherte teilnehmen. Folgende Leistungen sind für Gynäkologen berechnungsfähig und werden extrabudgetär vergütet:

GNR 81310	Einschreibung der Versicherten	10,00 EUR
GNR 81311	Toxoplasmosesuchtest	10,00 EUR
GNR 81312	Aufklärung/Beratung Toxoplasmosesuchtest	20,00 EUR
GNR 81313	Infektionsscreening	20,00 EUR
GNR 81314	Aufklärung und Abstrich Streptokokken B	17,00 EUR

für die Praxis Die Teilnahme an diesem Vertrag muss der KV gemeldet werden. Die Höhe der Vergütung spricht zumindest nicht gegen eine Teilnahme.



7 Impfung gegen Herpes Zoster (Gürtelrose)

Die Impfung gegen Herpes Zoster ist seit 01.05.2019 Kassenleistung und für alle Personen ab einem Alter von 60 Jahren sowie für Personen mit einer erhöhten gesundheitlichen Gefährdung ab einem Alter von 50 Jahren verfügbar.

für die Praxis Zwischenzeitlich gibt es auch die entsprechenden Imp fziffern (89128 ab 60 Jahre, 89129 50-59 Jahre) dafür. Die Vergütungshöhe kann je nach KV unterschiedlich ausfallen. Der Impfstoff zur Impfung kann somit dann auch über Sprechstundenbedarf bestellt werden. Ob dies ein Muss ist, hängt von der Sprechstundenvereinbarung der KV ab. Bitte informieren Sie sich.

8 Honorarärzte

In einem lange erwarteten Grundsatzurteil hat das Bundessozialgericht klargestellt, dass Honorarärzte grundsätzlich als abhängig beschäftigt einzuordnen sind. Wer als Honorararzt im Krankenhaus Leistungen erbringt, trägt kein unternehmerisches Risiko und ist in die Organisationsstruktur analog eines angestellten Arztes eingebunden.

Für Krankenhäuser war es in der Vergangenheit sehr attraktiv, sich bestimmte Leistungen durch externe Ärzte einzukaufen. Mit dem aktuellen Urteil müssen die Krankenhäuser damit rechnen, Sozialabgaben über mehrere Jahre für die Honorarärzte nachzuzahlen. Auf die Ärzte kommen Nachzahlungen für die Arbeitslosenversicherung zu. Das Urteil dürfte das Honorararztwesen - bis auf spezielle Fälle – doch drastisch reduzieren.

für die Praxis In der Praxis hat man sich bereits darauf vorbereitet und wird deshalb vermehrt über Personalagenturen vermittelte Arbeitnehmerüberlassungen anbieten. Alternativ kommen kurzfristige Arbeitszeitverhältnisse mit weniger als 70 Einsatztagen pro Kalenderjahr in Betracht. Bei solchen kurzfristigen Beschäftigungsverhältnissen fallen keine Sozialabgaben an.

Die KBV plant im Zuge der Neugestaltung des EBM das Belegarztwesen wieder zu forcieren. Dieses hat in den letzten Jahren durch ambulante Operationen im niedergelassenen Bereich sowie durch das Honorararztwesen massiv an Bedeutung verloren. Es bleibt abzuwarten, ob hier jetzt insgesamt ein Neustart – auch mit einer besseren Vergütung - gelingt. Der Ball liegt dabei in der Spielhälfte der Krankenkassen!



9 Empfängnisverhütende Mittel bis zum 22. Lebensjahr auf Kassenrezept

Bereits zum 29.03.2019 wurde die Altersgrenze für verschreibungspflichtige empfängnisverhütende Mittel auf Kassenrezept angehoben auf das vollendete 22. Lebensjahr. Aufgrund der kurzen Frist für die Anpassung des EBM hat der Bewertungsausschuss die Abrechnung in der Übergangszeit vom 1. April bis zum 13. Juni 2019 über das Kostenerstattungsprinzip geregelt. Mit Wirkung zum 14.06.2019 wurde die neue Altersgrenze nun auch im EBM umgesetzt.

für die Praxis Seit dem 14.06.2019 dürfen die Ziffern 01830 (Spirale) und 01832 (Depotkontrazeptivum) über die KV abgerechnet und die entsprechenden Medikamente als Kassenleistung verordnet werden.

10 Psychotherapie – Stundenkontingente für die psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung erhöht

Aktuell hat der Bewertungsausschuss zum 01.07.2019 neue Stundenkontingente für die ambulante psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung in den EBM aufgenommen. Für Patienten mit einer Intelligenzminderung (ICD-10-GM: F70-F79) gelten u.a. die neuen Stundenkontingente:

- Psychotherapeutische Sprechstunde (35151): bis zu zehn psychotherapeutische Sprechstunden-Einheiten à 25 Minuten je Krankheitsfall; insgesamt bis zu 250 Minuten (bisher: bis zu sechs Sprechstunden/150 Minuten)
- Probatorische Sitzungen (GOP 35150): bis zu sechs probatorische Sitzungen in Einheiten à 50 Minuten je Krankheitsfall; insgesamt bis zu 300 Minuten (bisher: insgesamt bis zu vier Sitzungen/200 Minuten)

11 Fingolimod – neue Betreuungsziffer bei Erstgabe oder Umstellung

Neurologen erhalten ab dem 01.07.2019 eine Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines mit Fingolimod (Gilenya®) behandelten Patienten mit Multipler Sklerose. Die GOP 01516 wird mit 151,95 Euro zunächst extrabudgetär vergütet und kann bei Erstgabe oder Umstellung berechnet werden. Vorgaben zur erforderlichen engmaschigen Kontrolle, bei Erstgabe von Fingolimod, wie die Durchführung eines EKG's (6 Stunden nach erster Dosis) sowie eine stündliche Blutdruckkontrolle, sind bereits Bestandteil der Fachinformation.





12 Prüfungen von Laborleistungen

Im Moment werden vermehrt Prüfungen von veranlassten Laborleistungen durchgeführt. Offensichtlich konzentriert man sich auf Praxen, die umfangreiche Laborleistungen zur Bestimmung von Vitamin D, Spurenelementen etc. als Wunschleistung der Patienten zu Lasten der GKV anbieten. Wunschleistungen des Patienten sind grundsätzlich privatärztlich zu liquidieren.

13 Nachtrag zur neuen Gesundheitsuntersuchung

Zwischen dem 18. und 35. Lebensjahr haben Versicherte jetzt Anspruch auf eine einmalige Durchführung der Gesundheitsuntersuchung. Dabei sind Blutuntersuchungen nur bei entsprechendem Risikoprofil durchzuführen. Diese sollte mindestens durch eine entsprechende Verdachtsdiagnose dokumentiert werden.

Eine Auswahl in Frage kommender Diagnosen haben wir in **nebenstehendem Dokument** zusammengestellt. Hier haben wir auch einige der im deutschsprachigen Raum gängigen Risikoscores aufgeführt. Diese sollen unabhängig vom Alter zur Einschätzung des kardiovaskulären Risikos und zur Beratung des Patienten eingesetzt werden.

14 Ausblick ab 4/19 und darüber hinaus

Programm zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs

Zum 01.07.2019 tritt ein organisiertes Programm zur Früherkennung von Zervixkarzinomen in Kraft. Dazu müssen KBV und der GKV-Spitzenverband jetzt noch bis zum 01.01.2020 Vergütungsregelungen und Maßnahmen zur Qualitätssicherung festlegen, bevor Ärzte hier Leistungen erbringen und abrechnen können.

Referentenentwurf Masernschutzgesetz

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat einen Referentenentwurf vorgestellt für ein Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention. Dieses Gesetz sieht eine Impfpflicht gegen Masern für alle Personen vor, die in Gemeinschaftseinrichtungen (z.B. Kitas, Schulen) betreut werden oder dort tätig sind. Ebenso soll diese Impfpflicht für Personen gelten, die in Gesundheitseinrichtungen arbeiten. Der bestehende Impfschutz muss zukünftig vor Aufnahme der Tätigkeit nachgewiesen werden bzw. bis Ende Juli 2020 nachgeholt werden. Aktuell sind im Gesetzesentwurf keine Sanktionen bei Verstößen vorgesehen.




13 Dokumentation kardiovaskulärer Risiken bei der Gesundheitsuntersuchung

Dieses Dokument können Sie bei uns auf der Homepage als PDF downloaden.



www.aac-ag.de/magazin


AAC AG
PRAXISBERATUNG

DOKUMENTATION KARDIOVASKULÄRER RISIKEN BEI DER GESUNDHEITSUNTERSUCHUNG

1. Dokumentation von Diagnosen

Für die Durchführung der Gesundheitsuntersuchung (GU) sind für die Veranlassung bzw. Durchführung von Laborleistungen und Urinuntersuchungen bei Patienten im Alter zwischen 18 und 34 Jahren Besonderheiten zu beachten. Versicherte haben nur Anspruch auf diese Leistungen, wenn ein entsprechendes kardiovaskuläres Risiko vorliegt, welches am besten durch Angabe eines ICD-10 Kodes zu dokumentieren ist.

In der aktuellen Richtlinie zur GU werden beispielhaft nur Hypertonus, Adipositas sowie eine positive kardiovaskuläre Familienanamnese genannt. Das Spektrum der anerkannten kardiovaskulären Risiken ist aber sehr viel umfangreicher. Weitere Beispiele:

Eigenanamnese

Z72.8 Sonstige Probleme mit Bezug auf die Lebensführung; inkl. Mangel an körperlicher Bewegung

Familienanamnese

Z82 Bestimmte Behinderungen oder chronische Krankheiten in der Familienanamnese, die zu Schädigung oder Behinderung führen; inkl. Krankheiten des Kreislaufsystems

Exogene Risikofaktoren

F17.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak

F17.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak, schädlicher Gebrauch

F17.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom

Erkrankungen und endogene Risikofaktoren

E66.- Adipositas

I10.- Essentielle Hypertonie

I15.- Sekundäre Hypertonie

I64.- Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt

I47.- Paroxysmale Tachykardie

I70.- Atherosklerose

E05.- Hyperthyreose

E10.- Typ-1-Diabetes

E11.- Typ-2-Diabetes

E12.- Diabetes in Zusammenhang mit Fehl- oder Mangelernährung

E13.- Sonstiger näher bezeichneter Diabetes, z.B. sekundäre Diabetesformen

E78.- Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien

N18.- Chronische Nierenkrankheit

2. Einschätzung des kardiovaskulären Risikos

Die aktualisierte Richtlinie zur Gesundheitsuntersuchung sieht vor, dass ab dem 35. Lebensjahr Risiko-Scores zur Abschätzung des kardiovaskulären Risikos zum Einsatz kommen sollen.

Hier stehen verschiedene, von den Fachgesellschaften empfohlene Scores zur Verfügung. Am gebräuchlichsten sind:

- Der PROCAM-Gesundheitstest: <https://www.assmann-stiftung.de/procam-tests/>
- Der HeartScore der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie: http://www.heartscore.org/de_DE/access-heartscore
- Sowie der speziell für die hausärztliche Praxis entwickelte und von der DEGAM empfohlene Arriba-Rechner: <https://arriba-hausarzt.de/>.

Mit diesem können dem Patienten auch sehr anschaulich die Effekte eines veränderten Lebensstils wie Rauchverzicht bzw. Sport, aber auch einer lipidsenkenden Therapie veranschaulicht werden.

Stand Juni 2019 | kein Anspruch auf Vollständigkeit | 052-20190603 | © AAC PRAXISBERATUNG AG, Berlin, www.aac-ag.de



WAS GIBT'S NEUES?

KV-SPEZIFISCHE REGELUNGEN AB 01.07.2019

BW BADEN-WÜRTTEMBERG

Neuer Vertrag für psychisch kranke Kinder

Der Versorgungsvertrag Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie (PNP-Vertrag) mit der AOK ist zum 01.04.2019 um das Modul „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ erweitert worden.

BY BAYERN

Prüfung 01435

Mit der Quartalsabrechnung 4/18 wurde in vielen Gemeinschaftspraxen die 01435 gestrichen. Dies vor dem Hintergrund, dass die KV Bayern die EBM-Regelungen zur 01435 sehr eng auslegt. (Veröffentlicht in den KVB Infos von 10/18.)

Laut KVB darf die 01435 nicht berechnet werden, wenn in demselben Arztfall ein (weiterer) persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erfolgt ist. Dies ist so im EBM nicht zu finden. Lediglich in der gleichen Sitzung schließt sich die Abrechnung mit anderen GNR aus (nicht neben). Der Ausschluss im Arztfall gilt nur, wenn eine Grund- oder Versichertenpauschale abgerechnet wurde.

für die Praxis Ob diese „spezielle“ Auslegung der KVB rechtlich haltbar ist, ist offen. Betroffene Praxen sollten einen Widerspruch gegen den Honorarbescheid im Falle einer Kürzung prüfen.

BE BERLIN

Neuerungen im DMP Asthma zum 01.04.19

Auch hier dürfen jetzt bereits Kleinkinder ab dem vollendeten ersten Lebensjahr ins DMP Asthma eingeschrieben werden. Außerdem ist die Asthma-Schulung für Eltern von Vorschulkindern, Asthmakleinkindschulung neu in den Berliner DMP-Vertrag aufgenommen worden.

Keine Fallzahlzuwachsbeschränkung für Ärzte der Arztgruppe 01

Anfang April hat der Vorstand der KV Berlin beschlossen, dass Hausärztliche Internisten sowie Allgemeinmediziner und Praktische Ärzte (Arztgruppe 01) von der Fallzahlzuwachsbeschränkung ausgenommen sind.



BE

BERLIN (Fortsetzung)

Vertrag über Begleiterkrankungen der Hypertonie mit der DAK (ab 01.04.19) und KKH (ab 01.05.19)

Teilnahmeberechtigt sind alle Hausärzte und Internisten. Diese müssen Ihre Teilnahme gegenüber der KV erklären. Verschiedene Module mit Früherkennungsprogrammen zu Screening und Betreuung für nephrologische Komplikationen und vaskuläre Komplikationen sollen dazu führen, dass schwerwiegende Krankheitsstadien verhindert oder zumindest deutlich verzögert werden können. Genauere Informationen finden Sie hier:



https://www.kvberlin.de/20praxis/60vertrag/10vertraege/hypertoniebegleit_dak/

für die Praxis

Ob die Teilnahme an diesem Vertrag für Hausärzte wirklich interessant ist, hängt von dem Anteil der Patienten der beiden teilnehmenden Krankenkassen ab, die eine gesicherte Diagnose I10.- (primäre Hypertonie) haben. Vom Prinzip funktioniert der Vertrag wie ein Betreuungsstrukturvertrag.

Ergänzende Hautkrebsvorsorge für HEK-Versicherte

Für unter 35-Jährige, die bei der HEK versichert sind, kann jetzt auch alle zwei Jahre die Hautkrebsvorsorge durchgeführt werden.

Anpassung der Jungarzt-Regelung

Regelung bisher:

Neu niedergelassene Ärzte mit einem Sitz, der im Vorjahresquartal nicht besetzt war, erhielten bisher für dieses Quartal nicht automatisch ein RLV zugewiesen. Erst auf Antrag erhielten sie ein RLV in Höhe von 50% des Fachgruppen-Durchschnitts bewilligt.

Regelung neu:

Jetzt erfolgt die Zuweisung des RLV in bekannter Höhe ohne Antrag. Für das QZV muss allerdings nach wie vor ein Antrag gestellt werden!

Ab dem 01.01.2020 wird in Berlin nur noch die Online-Abrechnung möglich sein



HB BREMEN

Die hkk hat den Vertrag zur Abrechnung der U10, U11 und J2 zum 31.03.19 gekündigt.

HE HESSEN

Ergänzende Hautkrebsvorsorge für HEK-Versicherte

Für unter 35-Jährige, die bei der HEK versichert sind, kann jetzt auch alle zwei Jahre die Hautkrebsvorsorge durchgeführt werden.

Prüfung 01435

Die Prüfungsstelle hat für den Zeitraum 2015/2016 erstmals die GOP 01435 geprüft und moniert, dass diese Ziffer in Gemeinschaftspraxen viel zu häufig angesetzt wird. Auf Honorarkürzungen wurde für diese Jahre aber verzichtet. Betroffene Praxen erhielten jedoch eine schriftliche Information.

für die Praxis Es empfiehlt sich auch hier, die Abrechnungshäufigkeit für die 01435 im Auge zu behalten und nach Möglichkeit eingehende Telefonate von Patienten an den primär behandelnden Arzt weiterzuleiten. Allerdings vertritt die Prüfungsstelle hier eine Auffassung, die der gemeinschaftlichen Berufsausübung von Ärzten widerspricht. Wir gehen davon aus, dass dies zu juristischen Streitfällen führen wird.

NO NORDRHEIN

Reiseschutzimpfungen als Satzungsleistung der BARMER seit 01.04.19

Mit der BARMER wurde in Nordrhein die Aufnahme von Reiseschutzimpfungen als Satzungsleistung vereinbart. Damit können folgende Impfungen für BARMER-Versicherte direkt über die KV abgerechnet werden: Hepatitis A und B, FSME, Meningokokken B und C, Tollwut, Typhus, Cholera, Gelbfieber, Malariaphylaxe (Tabletten) und Japanische Enzephalitis.

Anpassungen im Honorarverteilungsmaßstab

Ab dem 3. Quartal 2019 ändert die KV die Budgetzuteilung für Fachärzte. Ab diesem Zeitpunkt erhalten auch sie (wie die Hausärzte) ein Budget (RLV und QZV) anhand der aktuellen Fallzahlen. Dazu wird es kalkulatorische Fallwerte geben, die ggf. im Nachhinein angepasst werden.

Außerdem werden die geriatrischen und die sozialpädiatrischen Leistungen in das Budget überführt. Die Geriatrie ist bei Hausärzten ab sofort innerhalb des RLV abgebildet und die Kinderärzte erhalten für die Sozialpädiatrie ein QZV.



SL

SAARLAND

Zuweisung Praxisbudgets ab 01.10.2019

Die KV Saarland hat beschlossen, dass zukünftig nur die Praxen eine Budget-Zuweisung erhalten, bei denen Änderungen eingetreten sind, die zu veränderten Praxisbudgets führen. Das bedeutet, dass saarländische Praxen für das 3. Quartal 2019 letztmalig eine Budgetzuweisung erhalten.

S

SACHSEN

Start der Stichprobenprüfung Speziallabor

Ab 2019 führt die KV Sachsen erstmalig eine Prüfung der Dokumentationen von 15% aller Ärzte durch, die Laborleistungen gemäß Kapitel 32.3 bzw. 1.7 EBM erbringen. Dies betrifft also nicht nur Laborärzte, sondern auch Gynäkologen oder Urologen, die über die Genehmigung zur Erbringung von Speziallabor verfügen.

Vertrag mit DAK, TK und KKH zur Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie

Teilnahmeberechtigt sind alle Hausärzte, die ihre Teilnahme gegenüber der KV erklären. Verschiedene Module mit Früherkennungsprogrammen zu Screening und Betreuung für nephrologische Komplikationen und vaskuläre Komplikationen sollen dazu führen, dass schwerwiegende Krankheitsstadien verhindert oder zumindest deutlich verzögert werden können.

für die Praxis Auch hier hängt die Attraktivität des Vertrags am Patientenpotential mit einer entsprechenden gesicherten Diagnose.

Vertrag Pflegeheim PLUS endet zum 30.06.2019

Grund sind die inzwischen im EBM abgebildeten Leistungen aus Kapitel 37 zu den Kooperations- und Koordinationsleistungen mit Pflegeheimen.

TH

THÜRINGEN

AOK PLUS beendet Vereinbarung zur Überweisungssteuerung zum 30.06.2019

Hintergrund sind die Neuregelungen aus dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), das separate Vergütungen für die Vermittlung von Facharztterminen vorsieht.



WL WESTFALEN-LIPPE

Vertrag mit IKK über die Diagnostik und Behandlung der COPD ab 01.05.2019

Gegenstand ist die Früherkennung der COPD, das Anbieten von entsprechenden Interventionsmaßnahmen und die weitere Betreuung. Hausärzte und Pneumologen können an diesem Vertrag teilnehmen. Bestandteil dieses Vertrages sind Screenings sowie eine Weiterbetreuung und Versorgung der Patienten. Sofern der teilnehmende Arzt auch am DMP COPD teilnimmt, soll er den Patienten zur Einschreibung bewegen.



Weitere Informationen finden Sie hier:

<https://www.kvwl.de/arzt/recht/kvwl/copd/>

***für die Praxis** Dieser Vertrag wird zwar nur von der IKK und bis jetzt nur in Westfalen-Lippe angeboten, stellt aber von der medizinischen Relevanz und den Versorgungsinhalten eine Besonderheit dar. Es handelt sich um einen Vertrag, der gezielt die Früherkennung, das Management von Exazerbationen, die Förderung der Adhärenz und die Betreuung von Patienten mit Langzeit-Sauerstofftherapie zum Inhalt hat. Dies sind alle Elemente, die im aktuellen DMP-Vertrag fehlen, aber medizinisch immens wichtig sind. Umso erfreulicher ist es, dass der Patient über beide Verträge kombiniert betreut werden kann.*

Die Vergütung erfolgt auf „DMP-Niveau“ und spricht zumindest nicht gegen die Einschreibung von Patienten. Auch die ergänzende Versorgung im DMP ist nicht ausgeschlossen.

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





WAS GIBT'S NEUES? BEI DER AAC

Praxisindividuelle Trainings

Hier möchten wir Ihnen eine Dienstleistung ans Herz legen, die immer häufiger nachgefragt wird. Es geht um praxisindividuelle Trainings rund um die Themen der Abrechnung, der Kodierung sowie der Steuerung von Plausibilität und Wirtschaftlichkeit der abgerechneten Leistungen.

Je nach Vorwissen und Bedarf gehen wir auf die Bedürfnisse von Arzt und MFA ein. Dabei kommen auch Aspekte der Praxisorganisation zur Sprache. Wir geben auch konkrete Tipps zur Umsetzung des gelernten Wissens und mittels der Analyse weiß die Praxis auch konkret, was sie bereits geschafft hat und was noch vor ihr liegt.

Wann kann ein Training sinnvoll sein?

Unserer Erfahrung nach sind es insbesondere Konstellationen wie:

- Veränderungen der Personalsituation:
neue Erstkraft, Wechsel im MFA Team, neuer angestellter Arzt
- Geplante Praxiserweiterung
- Schwierigkeiten mit der Umsetzung von Veränderungen der Abrechnung
- Neuaufstellung von Leistungsbereichen: DMP, Geriatrie, Heimversorgung etc.

Geplante Praxisübernahme

Wir bereiten auch Ärztinnen und Ärzte gezielt mit einem Abrechnungs-Coaching auf die kassenärztliche Abrechnung vor. Das reduziert den Stresslevel und Sie können sich von Anfang an auf Ihre Patienten konzentrieren.



CONSANITAS GASTBEITRAG

Auch Praxen haben die Möglichkeit, öffentliche Fördermittel in Anspruch zu nehmen

Fördermittel – da denken die meisten an Subventionen für Großunternehmen, Kommunen oder Regionen. Vielen Praxisinhabern dürfte allerdings wenig bekannt sein, dass auch Kleinunternehmen Förderung in Anspruch nehmen können. Fördermittel werden vom Bund, den Bundesländern und der EU bereitgestellt.

Die alltäglichen Probleme einer Praxis, der enorme Zeitaufwand der Verwaltungsaufgaben, Praxisorganisation, Patientenversorgung und die Mitarbeiterführung stellen einen Praxisinhaber vor große Herausforderungen.

Mit einer Förderung von Beratungsleistungen soll Praxisinhabern der Start bei einer Neugründung oder Übernahme erleichtert werden. Aber auch bestehende Praxen können eine Beratung finanzieren lassen, um so die vorhandenen Versorgungsstrukturen zu optimieren, damit die Patientenversorgung für die Zukunft gut aufgestellt und gesichert ist.

Praxisinhaber können sich zu den Themen Abrechnung, Digitalisierung, Organisation und Planung sowie der Mitarbeiterführung beraten lassen und die entstehenden Kosten mit Zuschüssen in Höhe von 80% reduzieren.

Dies ist nicht nur eine direkte Investition in die Entwicklung ihrer Praxis, sondern auch in die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit.

Interessiert – dann setzen Sie sich mit uns bald in Verbindung, da die Frist für die Ausgabe der Schecks für die 80%ige Förderung erst einmal im Oktober ausläuft. Wir zeigen Ihnen ihre Möglichkeiten auf!

Dominik Brenneis
consanitas e.K.

Weiler Nächstenbach 24
69469 Weinheim

E-Mail: info@consanitas.de

VORSICHT PLAUSIBILITÄTSPRÜFUNG!



RICHTIG ABGERECHNET?
KORREKTE DIAGNOSEN?
SAUBER DOKUMENTIERT?
SIND SIE SICHER?

SPRECHEN SIE UNS AN – SICHER IST SICHER!

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

