

AAC *Magazin*



KUNDENMAGAZIN DER AAC PRAXISBERATUNG AG

NEUES BEI KV-ABRECHNUNG & HONORAR AUF EINEN BLICK

AUSGABE NR. 04 – Q4 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 + Seite 23: © SFIO CRACHO - stock.adobe.com
Seite 13: © wutzkoh - stock.adobe.com
Seite 24: © maxsim - stock.adobe.com

LAYOUT

Olaf Brandmeyer, 32257 Bünde

DRUCK

ServoPrint GmbH, 32051 Herford

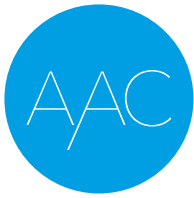
AUFLAGE

Druck: 1400 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,

der Herbst ist eine klassische Zeit, in der sich in der Gesundheitspolitik viel tut. Herr Spahn kramt mit seiner Gesetzesflut gerade das deutsche Gesundheitswesen komplett um.

Die letzten Einzelheiten zum TSVG wurden beschlossen - und auch gleich in Teilen vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) wieder kassiert. Wir informieren ausführlich über den aktuellen Kenntnisstand und stehen Ihnen im Rahmen der Abrechnungsberatung gerne für Ihre Fragen zur Verfügung.

Ansonsten ist an der EBM-Front gespannte Ruhe. Jeder schaut gebannt auf den 11. Dezember 2019. Das ist das Datum, auf welches sich KBV und GKV-Spitzenverband im Bewertungsausschuss als „Tag der Verkündung“ eines neuen EBM geeinigt haben. Damit hat man auch wirklich den letzten im TSVG definierten Spielraum für eine EBM-Reform ausgenutzt. Weiter verschieben geht nicht. Man mag sich vielleicht daran erinnern, dass der neue EBM seit 2012 in Arbeit ist – und damit fast so lange wie der neue Hauptstadt-Flughafen.

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. Hier geht es um unser Beratungsangebot in Planung und Umsetzung der Anstellung eines Arztes / einer Ärztin. Ihr Berater steht Ihnen hier bei Fragen gerne zur Verfügung.

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 4

INHALT Q4 2019

Aus aktuellem Anlass	4
Bundesweit gültige Regelungen zum 01.10.2019	8
KV-spezifische Regelungen ab 01.10.2019.	20
Was gibt's Neues bei der AAC?	22



AUS AKTUELLEM ANLASS

ABRECHNUNG VON AKUPUNKTURLEISTUNGEN BEI GKV-PATIENTEN

Das Bundessozialgericht (BSG) hat im Februar 2019 ein wichtiges Urteil zur Abrechnung von Akupunkturleistungen bei GKV-Patienten gesprochen*. Konkret ging es um die Frage, ob es zur korrekten Erbringung von Akupunkturleistungen vor Therapiebeginn ausreichend sei, dass sich der Behandler ausschließlich auf die anamnestischen Angaben des Patienten stützen darf, dass die Schmerzen in Knie bzw. Rücken über mindestens sechs Monate bestehen.

Das BSG hat dies verneint und die Rechtmäßigkeit der Honorarkürzung der Vorinstanz bestätigt. Es hat betont, dass zur korrekten Abrechnung von Akupunkturleistungen ein **ärztlich dokumentiertes Schmerzgeschehen** über mindestens zwei Vorquartale vorliegen muss.

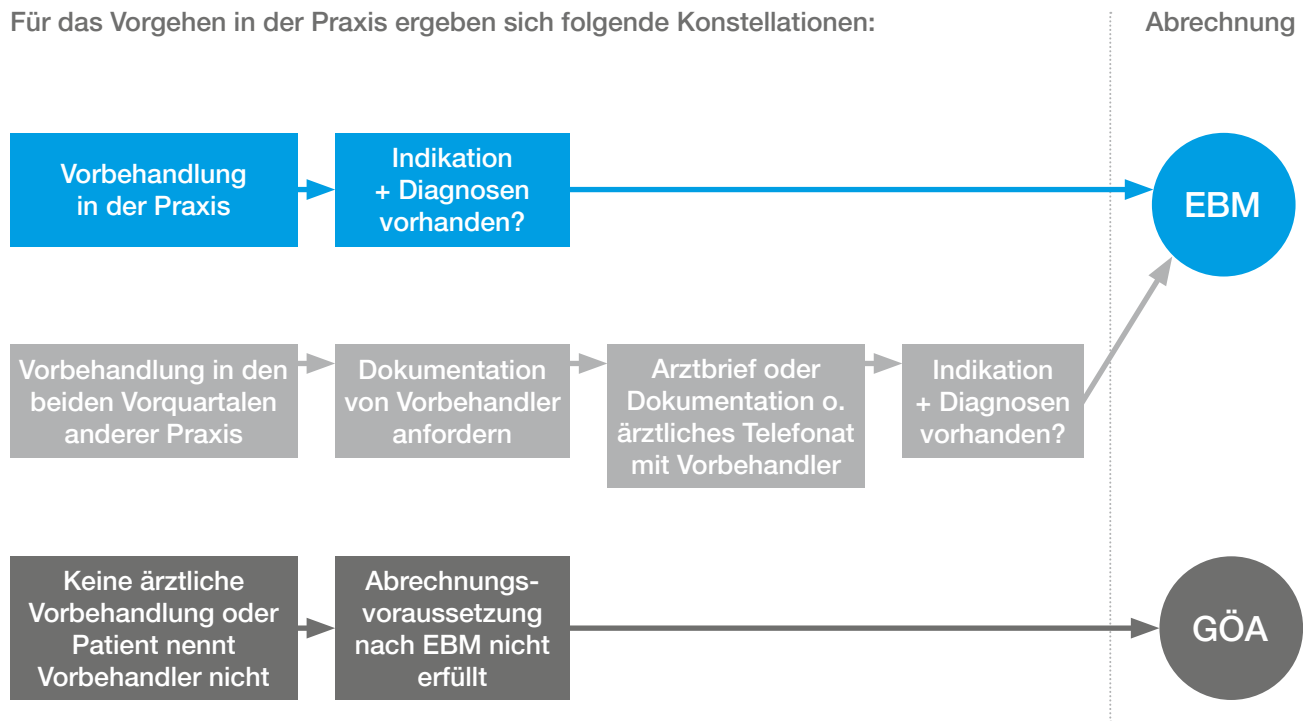
Die praktischen Implikationen des BSG-Urteils sind erheblich und haben auf Seiten der Behandler viele Fragen aufgeworfen.

Definition der Schmerzen: Schmerzen aufgrund einer Gonarthrose in mindestens einem Kniegelenk bzw. chronische Rückenschmerzen.



ABRECHNUNG VON AKUPUNKTURLEISTUNGEN BEI GKV-PATIENTEN

Für das Vorgehen in der Praxis ergeben sich folgende Konstellationen:



Wir haben die Hinweise zur korrekten Abrechnung von Akupunkturleistungen in einem **Merkblatt** zusammengefasst. Ebenso haben wir eine **Musterdokumentation** erstellt, die der Vorbehandler bei einem neuen Patienten ausfüllen sollte, um das Schmerzintervall als Voraussetzung für die Akupunktur zu dokumentieren.

* BSG Aktenzeichen: B 6 KA 56/17 R



MERKBLATT

Hinweise zur korrekten Abrechnung von Akupunkturleistungen bei GKV-Patienten

Das Bundessozialgericht (BSG) hat im Februar 2019 ein wichtiges Urteil zur Abrechnung von Akupunkturleistungen bei GKV-Patienten gesprochen. Konkret ging es um die Frage, ob zur korrekten Erbringung von Akupunkturleistungen es vor Therapiebeginn ausreichend sei, dass sich der Behandler ausschließlich auf die anamnestic Angaben des Patienten stützen darf, dass die Schmerzen in Knie bzw. Rücken über mindestens sechs Monate bestehen. Das BSG hat dies verneint und die Rechtmäßigkeit der Honorarkürzung der Vorinstanz bestätigt. Es hat betont, dass zur korrekten Abrechnung von Akupunkturleistungen ein ärztlich dokumentiertes Schmerzgeschehen über mindestens zwei Vorquartale vorliegen muss.

Die praktischen Implikationen des BSG-Urteils sind erheblich und haben auf Seiten der Behandler viele Fragen aufgeworfen.

Definition der Schmerzen: Schmerzen aufgrund einer Gonarthrose in mindestens einem Kniegelenk bzw. chronische Rückenschmerzen.

Für das Vorgehen in der Praxis ergeben sich folgende Konstellationen:

- 1. Bekannter Patient** mit Behandlung der Schmerzen in den beiden Vorquartalen: qualifizierende Diagnose dokumentiert – Abrechnungsvoraussetzungen sind erfüllt.
- 2. Bekannter Patient**, mit früherer Behandlung der Schmerzen in der Praxis, ggf. u.a. durch Akupunktur: Der Patient stellt sich jetzt nach mindestens 12-monatigem Intervall erneut mit Schmerzen vor. Anamnestisch bestehen die Schmerzen mindestens sechs Monate; es liegt eine qualifizierende Diagnose im Behandlungsquartal vor.
- 3. Neuer Patient** ohne Behandlung in der Praxis: Schmerzsymptomatik besteht anamnestisch seit mindestens sechs Monaten. Es liegt eine qualifizierende Diagnose im Behandlungsquartal vor.

Vorgehen bei Fallkonstellation 2 und 3 in Abhängigkeit einer ärztlichen Behandlung in den beiden Vorquartalen:

- Vorbehandler erfragen und sich von ihm den Schmerzzustand und die Diagnosen bestätigen lassen: Arztbrief, Telefonat mit Dokumentation der Befunde in der Akte, Nutzung eines Formulars. Telefonat ist nicht an nichtärztliches Praxispersonal delegierbar.
- Patient verneint eine ärztliche Behandlung der Schmerzen im Intervall oder Patient nennt Vorbehandler nicht: Abrechnungsvoraussetzungen sind nicht erfüllt. Dann besteht die Option einer Selbstzahler-Leistung – evtl. mit Kostenerstattung durch Krankenkasse. Eine Abrechnung über den EBM mit vorheriger Genehmigung der Krankenkasse ist nicht möglich.

BSG Az.: B 6 KA 56/17 R



Download der
Dokumente unter:

www.aac-ag.de/magazin

Ärztliche Dokumentation des vorbestehenden Schmerzintervalls durch Vorbehandler vor Akupunktur bei GKV-Patienten

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

bei unserem gemeinsamen Patienten besteht aufgrund der chronischen Schmerzsymptomatik die Indikation zur Akupunktur. Das Bundessozialgericht hat jetzt die Voraussetzungen für die Erbringung von Akupunkturleistungen bei Kassenpatienten präzisiert:

Es muss ein mindestens sechsmonatiges Schmerzintervall ärztlich dokumentiert werden. Die Schmerzanamnese des Patienten und meine aktuelle Einschätzung wird als nicht ausreichend erachtet.

Ich benötige deshalb Ihre kollegiale Unterstützung, in dem Sie mir bitte die Diagnose(n) und die auch in den beiden Vorquartalen bestehende daraus resultierende Schmerzsymptomatik bestätigen und wieder zusenden.

Herzlichen Dank dafür im Voraus!

Mit freundlichen Grüßen

Datum/Stempel/Unterschrift

Name des Patienten: _____		Geburtsstag: _____	
Diagnose			
<input type="radio"/> chronische Schmerzen der LWS			
<input type="radio"/> chronische Schmerzen bei Gonarthrose			
<input type="radio"/> linkes Knie <input type="radio"/> rechtes Knie <input type="radio"/> beide Kniegelenke			
Schmerzen			
<input type="radio"/> mindestens 6-monatiges Schmerzintervall			
Therapeutische Maßnahmen			
Medikamente: Analgetika		Andere: _____	
Heilmittel: Physikalische Therapie		Andere: _____	
Sonstige: _____			

Datum/Stempel/Unterschrift



WAS GIBT'S NEUES? BUNDESWEITE REGELUNGEN ZUM 01.10.2019

1 Umsetzung TSVG

Zum 01.09. sind weitere Regelungen in Kraft getreten. Bis auf den TSS-Akutfall, der voraussichtlich zum 01. Januar 2020 das Angebot der Termin-Servicestellen ergänzt, ist die Terminvermittlung dann komplett.

Insgesamt hält sich die Nachfrage nach Terminen doch in Grenzen. Viele Patienten, die sich bei der TSS melden, kennen das Prozedere nicht bzw. haben bei der Nachfrage nach einem Facharzttermin keine Überweisung des Hausarztes. Auf die Psychotherapeuten entfallen bis zu 50% aller Anfragen. Mehr Behandlungsplätze kann diese Fachgruppe damit noch lange nicht zur Verfügung stellen.

Für die Offenen Sprechstunden hat man jetzt den „Deckel“ zur Begrenzung der extrabudgetären Vergütung dieser Fälle konkretisiert: jetzt sind es maximal 17,5% der Arztgruppenfälle, Bezugsgröße ist das laufende Quartal. Rechnet die Praxis mehr als die maximale Zahl der extrabudgetär vergüteten Patienten ab, so wählt ein Zufallsgenerator die Patienten aus. So sollen eine Steuerung und Auswahl durch die Praxen vermieden werden. Positiv ist, dass so die bereits von den Krankenkassen angedrohte Wirtschaftlichkeitsprüfung dieser Konstellation überflüssig wird.

Aktuell haben nur Bayern und Baden-Württemberg lokale GOP zur Kennzeichnung der TSVG-Fälle veröffentlicht.

Aktuell: Beanstandung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG)

a) Vorsorgen beim Pädiater über TSS

Hier hat das BMG darauf bestanden, dass bei TSS-vermittelten Vorsorgeuntersuchungen, die zumeist mit angesetzte Versichertenpauschale nicht extrabudgetär vergütet wird.

b) Hausarzt vermittelt dringenden Facharzttermin

Bisher galt, dass der Hausarzt die BSNR der Facharztpraxis angeben muss. Das soll voraussichtlich jetzt auf die „LANR“ geändert werden. Es kann also sein, dass Haus- bzw. Kinderärzte, die in Q3 2019 Patienten an einen Facharzt in einer fachübergreifenden Praxis vermittelt haben, den Zuschlag (03008/04008) nicht vergütet bekommen.



1 Umsetzung TSVG (Fortsetzung)

c) Kein Arztgruppenfall

Die wichtigste Korrektur betrifft den extra für das TSVG eingeführten Arztgruppenfall, die natürlich für fachübergreifende Praxen Relevanz hat. Damit wollte der Bewertungsausschuss die extra-budgetäre Vergütung auf die jeweilige Fachgruppe beschränken. Jetzt hat das BMG klargestellt, dass es diese künstliche „Aufspaltung des Behandlungsfalls“ nicht akzeptiert und die Auflage erteilt, dass die gesetzlich vorgesehene weitergehende Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für den Behandlungsfall vorzusehen ist.

Wichtig: es ist im Moment noch nicht absehbar, wann die notwendige Korrektur der Beschlüsse erfolgt! Bei der Umstellung vom Arztgruppen- auf den Behandlungsfall ist davon auszugehen, dass KBV und GKV-Spitzenverband hier weitere – ggf. eingrenzende – Beschlüsse fassen werden.

für die Praxis Berufsverbände und die KVen raten aufgrund der Bereinigung zu einer „maximal zurückhaltenden Umsetzung“ des TSVG. Da nach dem Einspruch des BMG jetzt die Logik des Behandlungsfalls greift, könnte dies nach jetzigem Kenntnisstand natürlich auch weitreichende „Nebenwirkungen“ für die Bereinigung haben: wenn eine Fachgruppe z.B. ordentlich TSVG-Leistungen abrechnet, dann würden RLV/QZV auch bei den anderen (primär nicht beteiligten) aber mitbehandelnden Fachgruppen durch die Bereinigung sinken. In fachübergreifenden Praxen sollte man also nach Kenntnis der endgültigen Beschlussfassung während der Bereinigungsphase besonders sorgfältig mit der Abrechnung von TSVG-Leistungen umgehen.

Auf den folgenden Seiten haben wir alle Konstellationen in unserer TSVG-Tabelle noch einmal aktualisiert. In Abhängigkeit von Budgetausschöpfung und Erfahrung mit der Restpunktvergütung raten wir auch zu einer moderaten Umsetzung des TSVG.

Wichtig: es zeichnet sich bereits jetzt ab, dass die einzelnen KVen z.B. bei der Bereinigung, unterschiedlich vorgehen werden. Damit wir die Umsetzung der TSVG-Konstellationen durch die KV exakt nachvollziehen können, möchten wir alle Kunden bitten, uns die Honorarbescheide zur Verfügung zu stellen.



Download der Tabelle im A4-Format unter:

www.aac-ag.de/magazin

Fachgruppe	Leistung	Vergütung	...
...
...

THEMA	GÜLTIG AB	DETAILS	FACHGRUPPEN	VERGÜTUNG	BEMERKUNGEN	BEREINIGUNGS-ZEITRAUM ¹
Mindest-Sprechstunden	11.05.2019	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)	11.05.2019	TSS vermittelt jetzt auch Termine für Haus- und Kinderärzte	alle	Extrabudgetäre Vergütung aller TSS- Terminvermittlungsfälle im Arztgruppenfall ²	Für Terminvermittlungen an die meisten Fachärzte ist weiterhin eine Überweisung notwendig. Die Überweisung wird mit einem Code versehen, die der Patient bei der TSS angeben muss. Die annehmende Praxis markiert diese Patienten als „TSS-Terminfall“ im Praxissoftwareprogramm. Es erfolgt keine Terminvermittlung zu Wunschärzten!	11.05.2019 – 10.05.2020
		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)	Die 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! Abrechnung der fachgruppenspezifischen TSS-Ziffer und Kennzeichnung mit B, C oder D (in Abhängigkeit vom Zeitraum zwischen Kontaktaufnahme zur TSS und dem Behandlungstag)	
Vermittlung Termine durch Hausärzte an Fachärzte	11.05.2019	Erfolgreiche Vermittlung eines dringenden Termins durch den Hausarzt beim Facharzt, innerhalb von 4 Tagen	Fachärzte	Extrabudgetäre Vergütung aller TSS-Terminvermittlungsfälle im Arztgruppenfall ²	Weiterbehandelnde Fachärzte erhalten alle Leistungen im Arztgruppenfall ² extrabudgetär vergütet; Kennzeichnung des Patienten bei Vermittlungsart als „HA-Vermittlungsfall“ im Praxissoftwaresystem!	11.05.2019 – 10.05.2020
	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 ³ 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 Arztgruppenfall ²	Es besteht eine Meldepflicht der offenen Sprechstunde an die KV! Eine Überweisung ist nicht nötig, Kennzeichnung der Vermittlungsart als „Offene Sprechstunde“! Obergrenze: 17,5% der Arztgruppenfälle einer Arztpraxis des laufenden Quartals; bei > 17,5% – Auswahl der extrabudgetär honorierten Fälle durch Zufallsgenerator.	01.09.2019 – 31.08.2020
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 Arztgruppenfall ²	Definition Neupatient: Patient wird erstmals in der Praxis behandelt oder war mindestens zwei Jahre nicht in der Praxis. Innerhalb einer fachgruppenübergreifenden Einrichtung gilt diese Regelung für max. 2 Fachgruppen und die abgerechneten Leistungen werden nur für diese beiden extrabudgetär vergütet. Kennzeichnung des Patienten im Praxissoftwaresystem bei Vermittlungsart als „Neupatient“!	01.09.2019 – 31.08.2020
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“! Start voraussichtlich Januar 2020.	voraussichtl. 01.01.2020 – 31.12.2020

1) 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) Arztgruppenfall: Wird laut BMG wahrscheinlich auf „Behandlungsfall“ geändert. Weitere ergänzende Regelungen sind wahrscheinlich.
 3) BSNR: Wird laut BMG wahrscheinlich auf „LANR“ geändert.



ÜBERBLICK TSVG-KONSTELLATIONEN: ZIFFERN, ZUSCHLÄGE, KENNZEICHNUNGEN

TSVG-KONSTELLATION	ZUSCHLÄGE FÜR ÜBERWEISENDEN ARZT	ZUSÄTZLICHE ABRECHNUNG DURCH BEHANDELNDEN ARZT JE FG ⁴	KENNZEICHNUNG DER GNR	SCHEIN-KENNZEICHNUNG LT. KBV	KV-SPEZIFISCHE KENNZEICHNUNG DES SCHEINS ⁵ (zusätzlich zu vermerken)
Terminvermittlung über Terminservicestellen (TSS)		03010, 04010, 05228, 06228, 07228, 08228, 09229, 10228, 11228, 13228, 13298, 13348, 13398, 13498, 13548, 13598, 13648, 13698, 14218, 15228, 16228, 17228, 18228, 20228, 21236, 21237, 22228, 23228, 23229, 24228, 25228/ 25229/ 25230, 26228, 27228, 30705	bei Termin innerhalb von 8 Tagen (50%) = B 9 - 14 Tagen (30%) = C 15 - 35 Tagen (20%) = D	88210A	Baden-Württemberg/ Bayern 99873T
Vermittlung Termine durch Hausärzte an Fachärzte	03008 für Hausärzte 04008 für Kinderärzte	keine		88210C	Baden-Württemberg/ Bayern 99873H
offene Sprechstunde		keine		88210D	Baden-Württemberg/ Bayern 99873O
Neupatienten		keine		88210E	Baden-Württemberg/ Bayern 99873E
Akut-Patienten		03010, 04010, 05228, 06228, 07228, 08228, 09229, 10228, 11228, 13228, 13298, 13348, 13398, 13498, 13548, 13598, 13648, 13698, 14218, 15228, 16228, 17228, 18228, 20228, 21236, 21237, 22228, 23228, 23229, 24228, 25228/ 25229/ 25230, 26228, 27228, 30705	bei Termin innerhalb von 24 Stunden (50%) = A	88210B	

4) Es werden im EBM für die GOP keine Punkte oder Euro-Beträge ausgewiesen. Der Grund ist, dass die jeweilige altersgruppenspezifische Grund-, Versicherten- oder Konsiliarpauschale, auf die der Zuschlag von 50, 30 oder 20 Prozent gezahlt wird, unterschiedlich hoch ist. Diese werden automatisch von der PVS umgesetzt!

5) Zum aktuellen Stand bekannte zusätzliche Kennzeichnungen.





2 Augenärzte: Optische Kohärenztomographie ist Kassenleistung

Die optische Kohärenztomographie (OTC) ist ein spezielles bildgebendes Verfahren und wird bei Patienten mit einer neovaskulären altersbedingten Makuladegeneration oder einem Makulaödem infolge einer diabetischen Retinopathie angewendet. Es gibt Ziffern (06336 – 06339) für das linke bzw. rechte Auge sowohl für die Diagnostik als auch zur Therapiesteuerung. Die Vergütung beläuft sich identisch auf 43,18 EUR je Auge.

für die Praxis Die beiden Erkrankungen stellen die häufigste Ursache der Erblindung im Erwachsenenalter dar. Jetzt steht mit der OTC auch ein modernes Verfahren zur Diagnostik und Therapieüberwachung (Therapie durch Injektionen spezieller Medikamente in den Bulbus) zur Verfügung.

3 Radiologen: Leicht erhöhte Vergütung des Mammographie-Screenings

Die Vergütung für Röntgenuntersuchungen im Mammographie-Screening-Programm wird zum 1. Oktober um 5 Punkte auf 60,39 EUR leicht angehoben. Dies erfolgt, weil das zugehörige Aufklärungsgespräch weniger abgerechnet wird als erwartet.

4 Gynäkologen: neue Laboruntersuchungen für Präeklampsie und das Ovarialkarzinom

Zur Diagnostik einer Präeklampsie in der Schwangerschaft werden zum 1. Oktober zwei neue Marker in den EBM (Kap. 32.3) aufgenommen. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen dann die Kosten für die Bestimmung der PIGF-Konzentration und des sFlt 1/PIGF-Quotienten. Zur Abrechnung muss eine fetale Wachstumsstörung oder ein neu auftretender oder bestehender Hypertonus bei der Mutter diagnostiziert werden. Auch bei weiteren organischen oder labor-diagnostischen Untersuchungsbefunden, die mit einer Präeklampsie assoziiert sind und keiner anderen Ursache zugeordnet werden können, oder einem auffälligen dopplersonografischen Befund, kann die Untersuchung indiziert sein. Die neuen Präeklampsie-Marker sollen für zunächst zwei Jahre extrabudgetär vergütet werden.

Neu aufgenommen wird zudem HE 4 als ein weiterer Tumormarker für das Ovarialkarzinom.

für die Praxis Die Marker zur Präeklampsie bieten bei Vorliegen einer unklaren Symptomatik eine objektive Entscheidungshilfe für die weitere ambulante oder gegebenenfalls eine frühzeitige stationäre Überwachung der Schwangeren.



5 HIV-Schwerpunktpraxen: HIV-Präexpositionsprophylaxe im EBM

Die medikamentöse HIV-Präexpositionsprophylaxe für Versicherte mit einem deutlich erhöhten HIV-Risiko wird zum 1. September als neue Leistung in den EBM aufgenommen.

Ärzte können jetzt begrenzt auf das Einleitungsjahr der Präexpositionsprophylaxe (PrEP) für die Beratung, die Einleitung sowie die Laborkontrolle bis zu 120 Euro abrechnen.

Zur Abrechnung der PrEP wird der Abschnitt 1.7.8 mit neuen Gebührenordnungspositionen (GOP) in den EBM aufgenommen: die GOP 01920 für die Beratung, die GOP 01921 für die Einleitung der medikamentösen HIV-Prävention und die GOP 01922 für die Kontrolluntersuchungen.

Darüber hinaus werden zum 01.10.2019 in den Abschnitt 1.7.8 die im Rahmen einer PrEP erforderlichen Laborleistungen aufgenommen (GOP 01930 bis 01936), beispielsweise die Untersuchung auf eine HI-Virus- oder eine HCV-Infektion. Eine Untersuchung auf die sexuell übertragbaren Erkrankungen Syphilis, Gonokokken- und Chlamydieninfektion kann bei entsprechendem Risikoverhalten veranlasst werden.

Die Honorierung der GOP des Abschnitts 1.7.8 erfolgt zunächst für zwei Jahre extrabudgetär. Die Leistungen sind genehmigungspflichtig.

für die Praxis Die PrEP gilt für entsprechende Hochrisiko-Patienten als wirksamer Schutz gegen eine HIV-Infektion und stellt laut den Leitlinien einen ergänzenden und wirksamen Baustein in der HIV-Prävention dar. Für die PrEP wurde der Bundesmantelvertrag ergänzt und die Qualitätsanforderungen für die behandelnden Ärzte in Anlage 33 definiert.

Ggf. können die Leistungen auch für Substitutionspraxen interessant sein, da Patienten mit iv. Drogenkonsum ohne steriles Einmalbesteck auch zu dem anspruchsberechtigten Personenkreis gehören.

6 Vergütung der Infusionsleistung bei M. Pompe

Ab dem 1. Oktober wird die medikamentöse Behandlung mit Alglucosidase alfa bei Morbus Pompe vergütet und als Leistungsbestandteil in die GOP 01510 aufgenommen.

für die Praxis Der M. Pompe ist eine sehr seltene pädiatrische Erkrankung. In der Regel wird diese an spezialisierten Zentren behandelt. Bisher wurde die aufwändige 14-tägige Infusionstherapie nicht vergütet.



7 Videosprechstunde: echte Fernbehandlung jetzt möglich!

Nachdem bereits in der jüngeren Vergangenheit die Regelungen der Videosprechstunde revidiert wurden, hat auch dies bisher nicht dazu geführt, dass die Leistung mehr angeboten bzw. abgerechnet wurde.

Jetzt werden noch einmal Fördertöpfe gebildet: als Anschubfinanzierung für die Videosprechstunde wird vom 1. Oktober 2019 bis zum 30. September 2021 die GOP 01451 als Zuschlag auf die Grund- oder Versichertenpauschale in den EBM aufgenommen. Sie ist mit 92 Punkten (9,95 Euro) bewertet, gilt im Behandlungsfall und wird extrabudgetär vergütet – für bis zu 50 Videosprechstunden. Pro Praxis und Quartal sind damit bis zu 500 Euro Förderung möglich.

In einem zweiten Beschluss wurden die lange erwartete abrechnungstechnische Voraussetzung für eine echte Fernbehandlung geschaffen:

- Bei Patienten, die im Behandlungsquartal ausschließlich über die Videosprechstunde Kontakt mit dem Arzt haben, kann jetzt die Versicherten- bzw. Grundpauschale angesetzt werden. Allerdings wird diese je nach Fachgruppe mit einem Abschlag von 20-30% vergütet.
- Auch in der Praxis bisher unbekannte Patienten können über die Videosprechstunde betreut werden.
- Es ist keine schriftliche Einwilligung des Patienten für die Durchführung einer Videosprechstunde mehr erforderlich.
- Im hausärztlichen Bereich gilt die Videosprechstunde als qualifizierender Kontakt für die Chronikerpauschale
- Ebenso ist die Videosprechstunde jetzt mit Gesprächsleistungen kombinierbar.
- Offenbar rechnet man damit, dass einige Praxen jetzt „richtig Gas geben“. Deshalb hat man zwei Obergrenzen eingezogen: nur 20% der abgerechneten Leistungsmenge der einzelnen Ziffern dürfen im Rahmen der Videosprechstunde erbracht werden.
- Die Anzahl der ausschließlichen Video-Behandlungsfälle ist auf 20 Prozent aller Behandlungsfälle des Arztes/Psychotherapeuten beschränkt.

für die Praxis Die Videosprechstunde gibt es im EBM seit dem Jahre 2017. Es handelt sich bisher um eine Leistung, die aufgrund der Unterfinanzierung und sehr restriktiver Rahmenbedingungen bundesweit nur von einer Handvoll unerschrockener Praxen angeboten wurde.

Durch die Änderungen der Rahmenbedingungen zum 01.04. und zum 01.10. kann jetzt endlich eine „echte“ Fernbehandlung über die Videosprechstunde angeboten werden. Gerade für größere Einheiten kann bei einer effektiven Arbeitsteilung die Videosprechstunde eine sinnvolle und betriebswirtschaftlich darstellbare Ergänzung des Versorgungsangebots werden.



7 **Videosprechstunde: echte Fernbehandlung jetzt möglich! (Fortsetzung)**

Wichtig: Der 27-seitige Beschluss des Bewertungsausschuss zur Fernbehandlung mittels Videosprechstunde ist hochkomplex und weist eine enorme Regulierungsdichte auf. Wir werden in Kürze auf unserer Homepage eine tabellarische Übersicht und Beispiele zur Abrechnung veröffentlichen.

8 **Telematikinfrastuktur: gut zu wissen**

Für weitere Anwendungen der Telematikinfrastuktur, etwa das Notfalldatenmanagement und den elektronischen Medikationsplan, müssen Praxen neben Konnektor und Kartenterminal am Empfang bald auch im Behandlungszimmer neue Kartenterminals vorhalten. Ab Oktober werden die Anschaffungskosten für diese zusätzlichen Geräte pauschal erstattet. Der Erstattungsbetrag für stationäre Kartenterminals wird zudem ab 1. Oktober 2019 angehoben. Die Kassen zahlen demnach künftig 535 Euro für ein Gerät – 100 Euro mehr als bisher.

9 **Psychiatrische Patienten: Keine Verordnung von Krankenpflege bei Betreuung durch das Krankenhaus**

Niedergelassene Ärzte dürfen keine häusliche oder psychiatrische häusliche Krankenpflege verordnen, wenn Patienten zeitgleich bereits eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung erhalten.

Hintergrund: seit 2018 können Krankenhäuser multiprofessionelle Teams bilden, die psychisch kranke Patienten zeitlich begrenzt im häuslichen Umfeld behandeln, die sogenannte stationsäquivalente psychiatrische Behandlung.

Der G-BA hat klargestellt, dass diese Patienten quasi stationär betreut werden, also das Krankenhaus dann auch für evtl. pflegerische Maßnahmen verantwortlich ist.



10 Ausblick ab 4/19 und darüber hinaus

DMP Depression beschlossen

Patienten mit einer mittelschweren Depression können in Zukunft im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms behandelt werden. Es handelt sich um das erste DMP bei einer psychischen Erkrankung.

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat nunmehr zwei Monate Zeit, den Beschluss des G-BA zu prüfen. Bei Nichtbeanstandung tritt er in Kraft und KVen und Krankenkassen können Verträge zum neuen DMP vereinbaren.

Hinweis: damit wurde ein weiteres neues DMP auf den Weg gebracht. Auffällig ist, dass im Moment auf Kassenseite wenig Interesse zu bestehen scheint, für neue DMP die notwendigen regionalen Verträge zu schließen. So wurde das bereits im letzten Jahr beschlossene DMP Herzinsuffizienz noch in keiner KV umgesetzt. Die weitere Entwicklung bleibt also abzuwarten.

Humangenetik: Ausbudgetierung der Beratung zur tumorgenetischen Diagnostik

In der Humangenetik werden die ärztlichen Beurteilungs- und Beratungsleistungen (GOP 01841, 11230, 11233 bis 11236) ab 2020 aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) genommen und extrabudgetär zunächst für drei Jahre vergütet. Hintergrund ist der massiv gestiegene Bedarf in diesem Bereich.

Die zugehörige Diagnostik wird ebenfalls bis zum 1. Juli 2023 außerhalb der MGV vergütet.

Hintergrund: in der Onkologie werden immer mehr Therapien entwickelt, die sich gegen spezifische Mutationen des Tumors zielgerichtet richten. Eine molekularbiologische Diagnostik ist also die zwingende Voraussetzung für die medikamentöse Therapie. Ebenso können heute Tumorerkrankungen anhand der Molekularbiologie viel besser klassifiziert, die Aggressivität beurteilt und Patienten anhand dieser Ergebnisse besser beraten werden. Es ist zu erwarten, dass diese Entwicklung in den nächsten Jahren rasant zunehmen wird.



10 **Ausblick ab 4/19 und darüber hinaus (Fortsetzung)**

Verordnung von Heilmitteln wird einfacher

Leider erst in einem Jahr – Oktober 2020 – wird die Verordnung von Heilmitteln um vieles einfacher. Hierzu werden jetzt Heilmittel-Richtlinie und Heilmittelkatalog angepasst. Viele, z.T. abstruse Regelungen, die Ärzten heute das Leben schwer machen und Anlass zu Rückfragen und Prüfungen waren, sollen in Zukunft entfallen. Das Regelwerk ist so kompliziert, dass man jetzt leider eine solche Vorlaufzeit braucht, um alles zu entrümpeln. Zunächst bleibt es also bei der Vorfremde ...

11 **Neuer Orientierungspunktwert für 2020 steht**

2020 beträgt der Orientierungspunktwert 10,9871 Cent (aktuell: 10,8226 Cent). Die Anhebung entspricht einer Honorarsteigerung von rund 565 Millionen Euro. Der Orientierungspunktwert bestimmt maßgeblich die Preise der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen und ist das Ergebnis jährlicher Verhandlungen zwischen KBV und GKV-Spitzenverband.

Hintergrund: das Geld wird jetzt nach einem gesetzlich vorgeschriebenen regionalen Schlüssel, der die Veränderung der Morbidität und der Altersentwicklung der Patienten widerspiegelt, auf die KVen verteilt. Durch den starken Zuzug jüngerer Menschen nach Deutschland hat sich der Trend aus dem letzten Jahr noch einmal verstärkt: in vielen KVen wird die Bevölkerung – statistisch gesehen – jünger und gesünder. Besonders stark von dieser Entwicklung betroffen sind die Stadtstaaten. Dies bedeutet, dass es trotz des imposanten Millionenbetrags regional zu einer Honorarentwicklung mit „Tendenz zur null“ kommen wird.



WAS GIBT'S NEUES?

KV-SPEZIFISCHE REGELUNGEN AB 01.10.2019

BW BADEN-WÜRTTEMBERG

Finanzielle Förderung von Substitutionspraxen

Um die suchtmmedizinische Versorgung gezielt zu fördern und dem Rückgang der Anzahl von Substitutionspraxen entgegenzuwirken, fördert die KV suchtmmedizinische Schwerpunktpraxen, aber auch Neu- oder Wiedereinsteiger.

HB BREMEN

Vertrag „psychische Erkrankung“

Zum 01.10.2019 startet ein neuer Versorgungsvertrag der AOK und der Handelskrankenkasse (hkk). Hier geht es um die interdisziplinäre Betreuung von Patienten mit ausgewählten psychiatrischen Erkrankungen, wie z.B. der Schizophrenie.

HE HESSEN

Änderung des HVM für Nervenärzte: Neurologen und Psychiater jetzt in einer Arztgruppe

Um auch in Zukunft eine faire und sachgerechte Verteilung des Honorars zu ermöglichen, wurde die gesamte Gruppe des Fachgebiets Neurologie und Psychiatrie in einer Arztgruppe zusammengefasst (Arztgruppe 24).

Einführung von Fallwerten für Ärzte mit eigenem Speziallabor

Die KV Hessen hat angekündigt, zum vierten Quartal 2019 die bisher ausgesetzten Fallwerte für das Eigenlabor in Hessen einführen zu müssen. Begründet wird dies mit den im Vergleich zum restlichen Bundesgebiet schnell steigenden Kosten. Allerdings werden auf die bundesweit gültigen Referenz-Fallwerte noch einmal 25% aufgeschlagen, um die Auswirkungen für die Praxen in Grenzen zu halten. Die hessengültigen Fallwerte liegen jetzt in einer Spanne von 50 EURO bei Rheumatologen und Endokrinologen und 5 EURO bei Urologen, Pneumologen, Gynäkologen und Dermatologen.



KV-SPEZIFISCHE REGELUNGEN AB 01.10.2019

NO

NORDRHEIN

Hautkrebsvorsorge U35: höhere Vergütung bei BKKen ab 01.10.2019

Die Betriebskrankenkassen ziehen bei der Vergütung der Hautkrebsvorsorge bei unter 35-jährigen Versicherten nach. Die Vergütung beträgt jetzt 27 EUR. Zuvor hatten bereits die Techniker Krankenkasse, BIG direkt gesund, Knappschaft, Bosch BKK und die Barmer das ärztliche Honorar erhöht.

SA

SACHSEN-ANHALT

Psychotherapeutische Gesprächsleistungen jetzt QZV ab 01.10.2019

Hier wurde der HVM für die psychotherapeutischen Gesprächsleistungen (22220, 23220) geändert. Diese Leistungen werden jetzt als QZV vergütet.

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



WAS GIBT'S NEUES? BEI DER AAC

Lohnt sich ein angestellter Arzt für mich?

Neben der Beratung zum Abrechnungs-Controlling ist die häufigste Frage von Praxisinhabern „lohnt sich ein angestellter Arzt für mich?“ Diese Frage ist nachvollziehbar, denn die Praxen wollen entweder wachsen oder die Arbeit einfach auf mehrere Schultern verteilen. Jetzt bekommt ein angestellter Arzt aber erst einmal ein Gehalt, er verursacht also eine deutliche Kostensteigerung.

Wir können Praxisinhabern präzise die zusätzliche Patientenzahl und die notwendige Leistungsmenge berechnen, damit sich der angestellte Arzt überhaupt trägt. Hierzu haben wir einen Kalkulator entwickelt, um die Effekte unterschiedlicher Stellgrößen auf den betriebswirtschaftlichen Erfolg zu simulieren bzw. zu veranschaulichen.

Ebenso wichtig ist natürlich dann die Beratung zu den Gestaltungsoptionen wie Sitzteilung und Anstellung, Jobsharing oder ggf. die Arbeit mit einem Entlastungs- bzw. Sicherstellungsassistenten. Alle Konstellationen haben erhebliche Implikationen auf das zu erwirtschaftende Honorar.

Wir begleiten aber nicht nur die Planung, sondern auch die Umsetzungsphase in der Praxis. Hier können wir Sie dann mit unserer Analyse beim Controlling der Leistungsentwicklung des angestellten Arztes effektiv unterstützen.

Haben Sie Beratungsbedarf? Dann sprechen Sie Ihren Praxisberater gerne an!



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

