

AAC *Magazin*



KUNDENMAGAZIN DER AAC PRAXISBERATUNG AG

NEUES BEI KV-ABRECHNUNG & HONORAR AUF EINEN BLICK

AUSGABE NR. 06 – Q3 2020

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

Seite 1 © AndSus - stock.adobe.com
Seite 7 © SFIO CRACHO - stock.adobe.com
Seite 8 © tostphoto - stock.adobe.com
Seite 11 © Parilov - stock.adobe.com
Seite 14 © peterschreiber.media - stock.adobe.com
Seite 19 © ABC Vector - stock.adobe.com
Seite 27 © Karl-Hendrik Tittel
Seite 28 © sodawhiskey - stock.adobe.com

LAYOUT

Olaf Brandmeyer, 32257 Bünde

DRUCK

ServoPrint GmbH, 32051 Herford

AUFLAGE

Druck: 1000 Stück
Magazin als PDF: www.aac-ag.de/magazin

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

© 2020 AAC PRAXISBERATUNG AG

Printed in Germany



WILLKOMMEN

Sehr geehrte Frau Doktor,
sehr geehrter Herr Doktor,

das zurückliegende Quartal stellt sicher in vielerlei Hinsicht eine Besonderheit dar. Die Patientenversorgung in Zeiten einer globalen Pandemie hat viele Praxen an den Rand der Belastbarkeit gebracht. Der Mangel an Schutzkleidung, die stark zurückgehenden Fallzahlen und die Improvisation der Patientenversorgung mittels Telefons und Videosprechstunde waren hoffentlich ein einmaliges Ereignis.

Im dritten Quartal zeichnet sich im Moment ein „Normalbetrieb mit Einschränkungen“ ab; viele Sonderregelungen des zweiten Quartals entfallen wieder. Trotz Pandemie waren die Gremien der Selbstverwaltung aktiv und haben Neuerungen bzw. Änderungen der Abrechnungsregeln beschlossen. Behalten Sie mit unserem Magazin den Überblick, was sich in der Welt der Abrechnung alles getan hat.

Auf den letzten beiden Seiten dieses Magazins finden Sie einen Hinweis in eigener Sache.

Wir haben auf Ihren Wunsch neue Auswertungen für unsere Analyse-Software programmiert, die Ihnen die Führung der chronisch kranken Patienten erleichtern soll. Denn für viele Praxen leisten diese Dauerpatienten auch einen essenziellen Beitrag zum betriebswirtschaftlichen Erfolg der Praxis.

Ihr Berater steht Ihnen in gewohnter Weise bei Fragen gerne zur Verfügung.

Feedback in jeder Form ist ebenfalls immer willkommen!

Eine gute Lektüre und eine sichere Abrechnung!



NR. 06

INHALT Q3 2020

Bundesweit gültige Regelungen zum 01.07.2020	4
KV-spezifische Regelungen ab 01.07.2020	20
In eigener Sache: Kontinuierliche Betreuung der Dauerpatienten im Blick	24



WAS GIBT'S NEUES?

BUNDESWEITE REGELUNGEN ZUM 01.07.2020

1 Auslauf befristeter Sonderregelungen aufgrund der Corona-Pandemie

Seit dem Ausbruch der SARS-CoV-2-Pandemie wurden durch den G-BA befristete Sonderregelungen getroffen, die nun teilweise auslaufen oder bereits ausgelaufen sind. Andere sind erneut verlängert worden. Hier ein Überblick:

- **Mammographie-Screening:** Einladungen anspruchsberechtigter Frauen werden seit dem 04.05.2020 im gewohnten Procedere fortgeführt

Ende der Gültigkeit zum 31.05.2020

- **Telefonische Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit** aufgrund einer Erkrankung der oberen Atemwege von bis zu 7 Kalendertagen
- **Erstverordnungen häuslicher Krankenpflege** dürfen für bis zu 14 Tage ausgestellt werden



Auslauf befristeter Sonderregelungen (Fortsetzung)

Ende der Gültigkeit zum 30.06.2020

- **Ausweitung der Telefonkonsultation** (GOP 01433 und 01434) aller Fachgruppen, im Zusammenhang mit der GOP 01435. Die Gültigkeit der Ziffern 01433 und 01434 wurde nicht verlängert!
- **Erstattung von Portokosten** für Arzneimittel, Krankentransport, Überweisungen und Folgeverordnungen über die GOP 40122
- **Arzneimittel-Verordnung** nach telefonischer Anamnese bekannter Patienten, mit postalischer Übermittlung
- **Versorgung** ohne Vorlage der **Versichertenkarte**, bei telefonischer Konsultation (bekannter Patient), Videosprechstunde (sowohl bekannter als auch unbekannter Patient), Folgeprescriptionen, Folgeverordnungen, Überweisungen (bekannter Patient) → Versichertenkarte muss nicht eingelesen werden
- **Hilfsmittel:** Aufhebung Gültigkeit des Zeitraums einer Verordnung, sowie Ausstellung nach telefonischer Anamnese
- **häusliche Krankenpflege** mit rückwirkender Verordnung (14 Tage), längerfristige Folgeverordnung, sowie Ausstellung nach telefonischer Anamnese
- für die **Vorlage von Verordnungen** (Häusliche Krankenpflege / Soziotherapie / SAPV) bei den jeweiligen Krankenkassen, werden dem Versicherten anstatt drei jetzt zehn Arbeitstage gewährt
- Aussetzung quartalsbezogener **DMP-Dokumentationen**, wenn es medizinisch vertretbar ist
- Berechnungsfähigkeit des therapeutischen **Gesprächs zur Substitutionsbehandlung** nach GOP 01952 auch **bei telefonischem Kontakt**

Befristung zum 30.09.2020*

- ausgesetzte **Mengenbegrenzung der Videosprechstunde**
- Videosprechstunde mit speziellen Regelungen für Psychotherapeuten: psychotherapeutische Sprechstunde und probatorische Sitzungen sind per Videosprechstunde möglich
- **Umwandlung von Gruppentherapie in Einzeltherapie**, ohne gesonderte Antragstellung bei der Krankenkasse möglich
- **funktionelle Entwicklungstherapie** per Video, mit temporärer GOP 14223



Auslauf befristeter Sonderregelungen (Fortsetzung)

Befristung zum 30.09.2020* (Fortsetzung)

- **Krankentransport** sowohl bei COVID-19-Erkrankten als auch für unter Quarantäne stehende Personen ohne vorherige Transport-Genehmigung
- Videogestützte therapeutische Gespräche (GOP 01952) zur **Substitutionsbehandlung** bis zu 8-mal im Behandlungsfall
- Untersuchungszeiträume der **U-Untersuchungen** für U6 bis U9 sind **ausgesetzt**
- **Notfallplan für Dialyse-Versorgung**, bei jeglicher Abweichung Information an die jeweilige KV, **Zuschlagsziffern für Infektionsdialysen** bei Quarantäne-Patienten und Kontaktpersonen GOP 40835 und GOP 40836
- **Frist zum Fortbildungsnachweis** für Ärzte und Psychotherapeuten wurde verlängert, gilt auch bei Honorarkürzungen und zum Nachholen der Fortbildungen innerhalb von zwei Jahren, sowie bei bereits verhängten Sanktionen. Zusätzlich wurde eine Absenkung der für den Nachweis der Fortbildungsverpflichtung erforderlichen Punktzahl von 250 auf 200 Punkten beschlossen.
- **Heilmittelverordnungen:** für den Beginn einer Heilmitteltherapie besteht eine Frist von 28 Tagen ab Verordnungsdatum

Befristung bis zum 31.12.2020*

- Verpflichtende **DMP-Schulungen** werden **im Jahr 2020 ausgesetzt**, wenn es medizinisch vertretbar ist

Ohne Befristung:

- **Extrabudgetäre Vergütung** für alle Leistungen im Zusammenhang mit einer **COVID-19-Erkrankung** oder einem Verdachtsfall

* vorbehaltlich Fristverlängerungen aufgrund der weiteren Entwicklung des Infektionsgeschehens

Mit dem Auslaufen zahlreicher Pandemiebedingter Sonderregelungen unterstreicht der G-BA die Möglichkeit bzw. Notwendigkeit für die Praxen, zur Regelversorgung überzugehen.





2 Postversand – neue Regelungen ab 1. Juli 2020

Der G-BA hat die Porto- und Faxkosten im Kapitel 40 EBM gänzlich neu geregelt. Dafür wurden neue GOP beschlossen, die bekannten postalischen Abrechnungsmöglichkeiten (GOP 40120 – 40126, sowie die Kopie-Pauschale 40144) wurden gestrichen.

ALT – BIS 30. JUNI 2020		
BESCHREIBUNG	ZIFFER	EURO
Porto von 20 g bis 1000 g	40120 bis 40126	0,55 bis 2,20
Fotokopie	40144	0,13
e-Arztbrief Versand***	86900	0,28
e-Arztbrief Empfang***	86901	0,27

NEU – AB 1. JULI 2020		
BESCHREIBUNG	ZIFFER	EURO
Porto-Kostenpauschale*	40110	0,81
Fax-Kostenpauschale*	40111	0,10
Zuschlag zur eArztbrief-Versandpauschale**	01660	0,1099

* gemeinsamer Höchstwert für Briefporto und Faxversand, arztgruppenspezifisch

** extrabudgetär, befristet auf 3 Jahre

*** gemeinsamer Höchstwert für Versand und Empfang von 23,40 € je Arzt und je Quartal

Blaue Schrift: GOPs werden zum 1. Juli 2020 aus dem EBM gänzlich gestrichen





Postversand – neue Regelungen ab 1. Juli 2020 (Fortsetzung)

für die Praxis Bitte beachten Sie, dass von nun an nur noch eine Pauschale für den postalischen Versand **GOP 40110** existiert. Neu ist zudem die Fax-Kostenpauschale, mit der **GOP 40111**. Für die beiden GOPs gilt ein arztgruppenspezifischer Höchstwert, der stark variiert. Die nachstehende Tabelle zeigt die Bandbreite.

ZIFFER	LEISTUNG	EURO	ABRECHNUNGS-BESTIMMUNG	ANMERKUNG
40110	Porto-Kostenpauschale	0,81	Ersetzt die 40120 bis 40126	Gemeinsamer Höchstwert je Quartal und Arzt nach FG:
40111	Fax-Kostenpauschale	0,10	Ersetzt die 40144	Haus- und Kinderärzte.....38,88 € Chirurgie..... 115,02 € Gynäkologie45,36 € HNO.....68,85 € Dermatologie53,46 € Internisten o. Schwerpunkt ... 198,45 € Endokrinologie.....294,03 € Gastroenterologie264,03 € Onkologie278,64 € Kardiologie309,42 € Pneumologie367,74 € Rheumatologie317,52 € Neurologie 149,04 € Nervenärzte 141,75 € Ortopädie 150,66 € Urologie..... 140,94 €

Für die e-Arztbrief-Pauschalen 86900 und 86901 gibt es einen Höchstwert von 23,40 € je Quartal und Arzt. Dieser gilt fachgruppenübergreifend. Allerdings ist der zusätzlich berechnungsfähige Zuschlag zur eArztbrief-Versandpauschale, die GOP 01660 nicht mengenbegrenzt und wird extrabudgetär vergütet.



3 Corona-Spezial – Kodierung und Vergütung

Corona-Warn-App – neue EBM-Leistungen

Mit dem Start der Corona-Warn-App wurden neue Leistungen in den EBM aufgenommen. Nach der Meldung „erhöhtes Risiko“ können Ärzte bei ihren Versicherten die GOP 02402 abrechnen. Diese beinhaltet einen Abstrich zum Virusnachweis bzw. nur ein Gespräch, wenn kein Abstrich erfolgte. Die Leistung wird extrabudgetär vergütet, zuzüglich zur Versicherten- bzw. Grundpauschale.

BESCHREIBUNG	ZIFFER	EURO	ANMERKUNG
Abstrichentnahme	02402	10,00	1 x Behandlungstag, zzgl. VP, GP, KP* zzgl. Laborkennnummer: 32006
Nukleinsäurenachweis SARS-CoV-2	32811	39,40	1x Behandlungstag
Laborgrundpauschale → automatisch durch KV zugesezt	12221	1,54	je Auftragsleistung, im Zusammenhang mit GOP 32811
Kostenpauschale Versand, Transport, Ergebnisübermittlung	40101	2,60	1x Behandlungstag nur mit 32811 abrechenbar
Kennzeichnung bei Verdacht oder nachgewiesener Infektion SARS-CoV-2	-	-	keine Kennzeichnung
Vordruck zur Veranlassung	-	-	Muster 10C**

* Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschale

** bis zur Veröffentlichung Muster 10C ist übergangsweise Muster 10 zu verwenden und im Feld „Auftrag“ Laborpauschale 32811 anzugeben

Neues Formular mit QR-Code bei Corona-Tests

Mit dem QR-Code können getestete Personen das Ergebnis online einsehen und bei bestätigter Infektion ihre Corona-Warn-App freischalten.

Es gibt zwei Ausfertigungen:

- **Muster 10C:** für Arztpraxen, zur diagnostischen Abklärung oder bei einer Meldung durch die Corona-Warn-App
- **Muster OEGD:** für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) bei ausschließlich asymptomatischen Patienten





4 Änderung im PVS – TSS-Routinetermin

Ab dem 1. Juli 2020 besteht im Praxisverwaltungssystem (PVS) die Möglichkeit, den TSS-Routine-Termin (TSS = Terminservicestelle) auszuwählen. Der Routine-Termin ist eine ergänzende Terminart durch die TSS, hierbei handelt es sich um die Vermittlungen „verschiebbarer Untersuchungen“ und bei „Bagatellerkrankungen“. Es sollen u.a. Verlaufskontrollen bei nicht akuten Erkrankungen, Untersuchungen körperlicher oder psychischer Leistungsfähigkeit oder Früherkennungsuntersuchungen, die als „nicht dringend“ durch den Überweiser gekennzeichnet werden, eine Terminvermittlung erhalten.

für die Praxis Der TSS-Routinetermin wird im PVS über die Vermittlungsart (Feld 4103 – Feldkennung 6) analog den anderen TSVG-Konstellationen gekennzeichnet. Anders als bei anderen TSVG-Konstellationen wird hier aber nicht der gesamte Fall extrabudgetär vergütet, sondern lediglich der Zuschlag (z.B. 03010A, B oder C bei HÄ) auf die VP/GP in Abhängigkeit von der Wartezeit auf einen Termin. Allerdings wird so zumindest ein Budgetfall generiert.

Die Terminvergabe erfolgt wie bisher innerhalb von 35 Tagen ab Terminvermittlung. Die Praxen erhalten zur Kennzeichnung dieser Terminvermittlung ohne Dringlichkeit einen zweiten Kode.

5 Änderungen Arzneimittelsoftware

Ab Juli 2020 erhält die Arzneimittelverordnungssoftware eine neue Erweiterung. Ersatzverordnungen müssen von den Ärzten dann nicht mehr händisch auf einem Rezept als solche gekennzeichnet werden. Eine Ersatzverordnung ist dann notwendig, wenn aufgrund eines Arzneimittelrückrufs ein anderes Arzneimittel erneut verordnet werden muss. So wurde im Gesetz geregelt, dass Patienten keine wiederholten Zuzahlungen zu leisten haben, sondern in diesem Fall die Ersatzverordnung greift. Ab Juli kann das neue Rezept mit dem Aufdruck „Ersatzverordnung gemäß § 31 Absatz 3 Satz 7 SGB V“ versehen werden. Im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung gilt die Ersatzverordnung als obligate Praxisbesonderheit.



6 T-Rezept – neues Formular

Für Krebsmedikament-Versordnungen mit den Wirkstoffen Lenalidomid, Pomalidomid und Thalidomid wurde ein neues T-Rezept eingeführt.

Bei der Überarbeitung wurde auf der Rückseite von Teil II ein Feld für den Apothekenstempel ergänzt. Außerdem wurde die T-Rezeptnummer auf sieben Ziffern erweitert. T-Rezepte, die vor dem 15. April ausgegeben wurden, sind laut BfArM aber unbefristet gültig und können weiterverwendet werden. Ein Muster des neuen T-Rezepts steht auf der BfArM-Seite zum Download zur Verfügung.

T-Rezepte sind Sonderrezepte, die ausschließlich für oben genannte Wirkstoffe ausgestellt werden. Sie unterliegen ähnlichen Regelungen wie die BtM-Verordnungen. Es besteht aus zwei Teilen, einem Original und einem Durchschlag, außerdem sind diese Rezepte nummeriert und personengebunden. Für diese Verordnungen gelten gesonderte und strikte Vorschriften für die Verordnung und die Abgabe der Medikamente, da sie hochgradig teratogen sind.

7 Systemische Therapie – Start am 1. Juli 2020

Die systemische Therapie gilt als ein zusätzliches psychotherapeutisches Verfahren, bei dem im Besonderen das Augenmerk auf soziale Beziehungen gelegt wird. Psychische Verhaltensstörungen sollen in diesem Kontext therapiert werden.

Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten konnten bereits bei ihrer KV eine Genehmigung beantragen. Die Psychotherapie-Vereinbarung wurde angepasst. Für die Einzel- und Gruppentherapie sind neue GOPs mit in den EBM aufgenommen worden.

8 Neue Indikationen zur ASV: Sarkoidose und Lungentumoren

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) erweitert ihren Versorgungsbereich. Nun können auch Patienten mit Sarkoidose und Lungentumoren bzw. Tumoren des Thorax behandelt werden. Die neuen Indikationen dieses besonderen Versorgungsbereichs sind insbesondere für Onkologen und Pneumologen mit ausreichenden Fallzahlen interessant.





9 Neuerungen in der Psychotherapie

Die Psychotherapie-Vereinbarung wurde erneuert. Für die Einbeziehung von Bezugspersonen in der Akutbehandlung von Kindern und Jugendlichen bzw. Menschen mit geistiger Behinderung stehen dem Therapeuten höhere Stundenkontingente zur Verfügung. Testverfahren nach den GOPs 35600 – 35602 können in den Langzeittherapien anstatt bisher 5-mal, nun bis zu 7-mal abgerechnet werden. Des Weiteren müssen Therapeuten ab dem 1. Juli kennzeichnen, wenn eine Richtlinientherapie beendet wurde. Dafür wurden zwei Zusatzziffern in den EBM aufgenommen:

ZIFFER	BEENDIGUNG RICHTLINIENTHERAPIE
88130	Beendigung einer Psychotherapie ohne anschließende Rezidivprophylaxe
88131	Beendigung mit anschließender Rezidivprophylaxe

Ausschließlich die neu überarbeiteten Formblätter sind zu verwenden, alte dürfen nicht mehr aufgebraucht werden.

10 Zweitmeinungsverfahren: Amputation bei Diabetischem Fußsyndrom

Patienten, denen eine Amputation beim Diabetischen Fußsyndrom bevorsteht, haben nun die Möglichkeit die anstehende Operation durch eine Zweitmeinung qualitativ prüfen zu lassen.

Die Abrechnungsgenehmigung kann bei der jeweiligen KV für FÄ für Innere Medizin und Angiologie, Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, Gefäßchirurgie, Allgemeinmediziner mit Zusatzbezeichnung Diabetologie und Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie beantragt werden.

11 Zweitmeinungsverfahren: für Schulterarthroskopie ausgeweitet

Zum 01.04. wurde für geplante arthroskopische Eingriffe am Schultergelenk der Anspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung eingeführt. Hierzu gab es zum 1. Juli 2020 noch eine Ergänzung. Jetzt dürfen auch die nachfolgenden Fachgruppen die GOP 01645 abrechnen.

BISLANG GÜLTIG FÜR
Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie
Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin

NEU – AB 1. JULI 2020
Fachärzte für Orthopädie
Fachärzte für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie



12 Wirtschaftlichkeitsprüfungen von Arznei- und Heilmittelverordnungen – Entlastungen für Ärzte

KBV und GKV-Spitzenverband haben sich geeinigt, dass Ärzte im Falle eines Regresses nur noch den Differenzbetrag zwischen den Verordnungskosten und einer wirtschaftlichen Alternative ausgleichen müssen. Damit wird eine zentrale Regelung des TSVG umgesetzt.

IN ZUKUNFT GILT:
Kosten der Verordnungen
- Kosten der wirtschaftlichen Alternative(n)
= Regressbetrag

Die Prüfungsgremien müssen dabei auch den Stand der evidenzbasierten medizinischen Erkenntnisse berücksichtigen.

Die Regelung gilt bei allen

- Wirtschaftlichkeitsprüfungen, d. h. auch bei Einzelfallprüfungen
- Verordnungseinschränkungen und -ausschlüssen aufgrund von Richtlinien des G-BA
- Prüfanträgen wegen eines Off-Label-Use

Dies kann zur Folge haben, dass die potenzielle Regresssumme so effektiv reduziert wird, dass die Praxis vom Ordnungsverhalten wieder unter die Prüfungsgrenze rutscht, also „unauffällig“ wird. So bleibt die wichtige regressverschonende Einmal-Option „Beratung vor Regress“ für die Praxis für die Zukunft noch nutzbar.

Die Regelung gilt nicht bei Verordnungen mit generellen Verordnungsausschlüssen, z.B.

- Verordnungen von Lifestyle-Arzneimitteln oder
- Medikamenten bei Bagatellerkrankungen (z.B. Erkältungsmedikamente bei Erwachsenen)

Hier wird auch in Zukunft der volle Kostenbetrag noch regresswirksam.

Die Regelung gilt rückwirkend ab Mai 2019. Damit werden alle Praxen mit Prüfungen für 2019 bereits von der Verbesserung profitieren.



Wirtschaftlichkeitsprüfungen von Arznei- und Heilmittelverordnungen – Entlastungen für Ärzte (Fortsetzung)

für die Praxis Die neuen Regeln sind ein weiterer wichtiger Schritt, die Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu entschärfen. Sie sind insbesondere für die Einzelfallprüfungen relevant. In der KV Nordrhein z.B. werden 12.000 solcher Prüfungen pro Jahr durchgeführt.

Da die Prüfungsstellen in Zukunft in jedem Einzelfall die wirtschaftliche Alternative zur geprüften Verordnung festlegen müssen, werden die Prüfungen deutlich aufwändiger und für die Kassen damit uninteressanter.

Die neue Vereinbarung ist daher ein wichtiger Schritt für die Verordnungssicherheit der Praxen.

13 Neue Kostenpauschalen – für Einmalprodukte in der Endoskopie

Es wurden drei neue Kostenpauschalen in den EBM aufgenommen. Diese gelten für endoskopische Eingriffe. Im Gegenzug dazu wurden die Leistungen der Koloskopie, Gastroskopie, Bronchoskopie und Urethroskopie, sowie deren Zuschläge bspw. bei Polypenentfernung abgesenkt, da diese die Sachkosten jetzt nicht mehr beinhalten.

ZIFFER	ERLÄUTERUNG	EURO	ZU FOLGENDEN ZIFFERN ABRECHNUNGSFÄHIG:
40460	Einmal-Hochfrequenzdiathermieschlinge	12,00	01742, 04515, 04520, 08334, 13260, 13401, 13402, 13423, 30601
40461	Einmal-Probenentnahmezange	8,00	01741, 04511, 04514, 08311, 09315, 09317, 13400, 13421, 13422, 13430, 13662, 26310, 26311
40462	Clip inklusive Einmal-Endo-/Hämo-Clipapplikator	20,80	01742, 04511, 13400, 13423

für die Praxis Ähnlich wie bei der Allergologie müssen die Ärzte jetzt darauf achten, dass sie neben der eigentlichen endoskopischen Leistung auch die entsprechende Kostenpauschale abrechnen und die verwendeten Materialien dokumentieren. Die Benutzung von Instrumenten für den Mehrfachgebrauch ist aufgrund der aktuellen Hygienevorschriften nicht mehr möglich.



14 Neue Zuschläge im EBM – für Programmier- und Auslesegeräte kardialer Implantate

Ärzten wird nun die Möglichkeit geboten, entstehende Kosten für die Miete von Programmier- und Auslesegeräten für kardiale Implantate erstatten zu lassen. In den EBM wurden neue GOPs 04417 und 13577 aufgenommen, diese sind mit 40 Punkten bewertet.

Folgende Fachärzte können die neuen GOPs abrechnen:

- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Kinder-Kardiologie (als Zuschlag zu den GOP 04411, 04413 und 04415)
- Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie und Vertragsärzte mit einer entsprechenden Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung (als Zuschlag zu den GOP 13571, 13573 und 13575)

15 Ausblick auf 4/20 und darüber hinaus

Ab dem 1. November 2020 sind Ärzte verpflichtet, Rezepte mit Dosierungsangaben auszustellen. Anderenfalls muss eine Kennzeichnung auf dem Rezept versehen sein, dass ein Medikationsplan an den Patienten ausgehändigt wurde. Dazu dient eine neue Verordnungssoftware, die ab 1. Oktober aufgenommen werden muss. Diese Neuerung soll Rückfragen seitens der Apotheken an die Arztpraxis reduzieren.





WAS GIBT'S NEUES?

KV-SPEZIFISCHE REGELUNGEN

AB 01.07.2020

BY

BAYERN

Förderung kardiologischer Leistungen

Durch die bekannte EBM-Neugestaltung wurde u.a. die Zusatzpauschale Kardiologie II (13550) zum 1. April 2020 gestrichen. Als Folge dessen werden zwei Zuschläge zur Förderung spezieller kardiologischer Leistungen angepasst.

- **92699A** ▶ gestrichen

Durch verschiedene Abrechnungsmöglichkeiten für die Duplex-Echokardiographie und Stressechokardiographie (13545 und 33030 / 13545 und 33031) ist eine weitere spezielle Förderung obsolet.

- **92699B** ▶ für weitere Duplex-Echokardiographie abrechenbar

Die GOP darf neben der 13545 im selben Behandlungsfall abgerechnet werden, ausgenommen sind TSVG-Fälle.

TSVG – Kennzeichnung aller Neupatienten für Fachärzte und Psychotherapeuten

Ab sofort übernimmt die KVB automatisch die Kennzeichnung von Neupatienten für Fachärzte. Somit ist die Kennzeichnung über das Praxisverwaltungssystem mit der GOP 99873E bzw. in der Feldkennung 4103 nicht mehr notwendig.

Hausärzte und Pädiater müssen Neupatienten selbst kennzeichnen. Gleiches gilt für Fälle mit Auftragsleistungen und Praxen mit einer Änderung der BSNR ohne die Konstellation einer Praxisneugründung.



BE

BERLIN

Fallzahlzuwachsbeschränkung für einige Fachgruppen weiterhin ausgesetzt

Hausärzte, Gynäkologen und Augenärzte sind auch im dritten Quartal 2020 von der Fallzahlzuwachsbeschränkung ausgenommen. Reproduktionsmediziner fallen ab dem dritten Quartal hingegen unter die Fallzahlzuwachsbeschränkung. Für Hausärzte gilt die Ausnahme der Fallzahlzuwachsbeschränkung bereits seit dem vierten Quartal 2019, für Gynäkologen seit dem ersten Quartal 2020.



Genauere Informationen finden Sie unter www.kvberlin.de/20praxis/ne200518_2.html

Kündigung Vertrag „erweitertes Präventionsangebot“

Zum 30.06.2020 hat der BKK Landesverband Mitte den mit der KV Berlin geschlossenen Vertrag gekündigt. Die Leistungen der U10, U11 und J2 dürfen seit dem 1. Juli 2020 nicht mehr abgerechnet werden.

BR

BRANDENBURG

Vertrag zur Vermeidung von Frühgeburten mit der AOK Nordost

Seit dem 1. Juli 2020 ist der Vertrag „Baby on time“ in Kraft getreten. Ziel des Vertrages ist die Erkennung von möglichen Risiken einer Frühgeburt sowie deren therapeutische Behandlung. An dem Vertrag können Frauenärzte und Diabetologen teilnehmen.

HH

HAMBURG

Förderung der Weiterbildung für Allgemeinmedizin und Fachärzte

Vom 1. Juli 2020 an wird der von der KV monatlich gezahlte Zuschuss für ganztägig beschäftigte Weiterbildungsassistenten von 4.800 € auf 5.000 € erhöht. Daraus folgt eine Anpassung des Mindestbruttogehalts auf 5.682,48 €. Diese Anpassung muss der KVH schriftlich mitgeteilt werden. Zudem wird die Wochenarbeitszeit eines Weiterbildungsangestellten von 38,5 Stunden auf mindestens 40 Stunden erhöht. Bereits genehmigte Anstellungen müssen nicht angepasst werden.



KV-SPEZIFISCHE REGELUNGEN AB 01.07.2020

HE

HESSEN



Förderung der Weiterbildung für Allgemeinmedizin und Fachärzte

Ab dem 1. Juli 2020 hat die KV Hessen die Förderung von vollzeitbeschäftigten Weiterbildungsassistenten von bisher 4.800 Euro auf nun 5.000 Euro monatlich erhöht. Alle weiterbildenden Praxen werden informiert und erhalten postalisch einen entsprechenden Bescheid.

Weitere Informationen: www.kvhessen.de/foerderung

NR

NORDRHEIN



Telemedizin in der ambulanten Versorgung – Bereitstellung neuer Fördergelder

Zur Förderung der Telemedizin stellt das Land Nordrhein-Westfalen zwei Millionen Euro zur Verfügung. Das im vergangenen Jahr entwickelte Programm soll auch 2020 weitergeführt werden. Arztpraxen, Pflegeheime, ambulante Pflegedienste und Hospize können die Förderung beantragen.

Siehe auch: www.kvno.de/60neues/2020/pm_foerderung_telemedizin

COPD-Vertrag mit IKK-Classic, KKH und BB-Landesverband



Die frühe Diagnostik und Behandlung chronisch obstruktiver Lungenerkrankter (COPD) sollen mit diesem neuen Vertrag gewährleistet werden. Sowohl Haus- als auch pneumologische Fachärzte können an dem Programm teilnehmen. Der Vertrag besteht aus zwei Modulen, dem Screening und der Betreuung von COPD-Patienten. Bei den Hausärzten sind es die Leistungen der COPD-Prävention, die durch den Vertrag honoriert werden. Bei den Fachärzten sind es Leistungen wie die Kontrolle der Sauerstoffversorgung.

Zusätzliche Informationen unter: www.kvno.de/60neues/2020/20_07_copd-vertrag

SH

SCHLESWIG-HOLSTEIN

TSVG – Kennzeichnung aller Neupatienten nicht mehr notwendig

Ab sofort übernimmt die KVSH die Kennzeichnung der Neupatienten.



S

SACHSEN

Anpassung im HVM – im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie

ZIFFER	LEISTUNGSINHALT	EURO
99435	Behandlung Corona positiver Patienten → Förderung telefonischer Gesprächsleistung <ul style="list-style-type: none"> • bei ausschließlich telefonischen APK 1. Kontakt 01435, ab dem 2. Kontakt 99435 • bei telefonischen Kontakten, nach einem persönlichen APK • im Begründungsfeld Datum der Probeentnahme angeben • nur im Zusammenhang mit Diagnoseangabe U07.1G • bis zu 2 x tgl., max. 14 d nach dem Datum der Probeentnahme 	10,00
99437	Förderung von Hausbesuchen bei coronapositiven Patienten <ul style="list-style-type: none"> • maximal 5 x im Behandlungsfall • im Begründungsfeld Datum der Probeentnahme angeben • nur im Zusammenhang mit Diagnoseangabe U07.1G 	20,00

Selektivvertrag Feto-Neonataler-Pfad

Ein Projekt zur besseren Versorgung von Risikoschwangerschaften mit hohem Risiko einer Präeklampsie (Schwangerschaftsvergiftung) und deren neugeborenen Kind wurde für Versicherte der AOK PLUS, BARMER und DAK-Gesundheit abgeschlossen. Die betreffenden gynäkologischen und kinderärztlichen Praxen wurden gesondert informiert und angeschrieben.

Siehe auch: www.kvs-sachsen.de/mitglieder/vertraege/feto-neonataler-pfad-selektivvertrag/

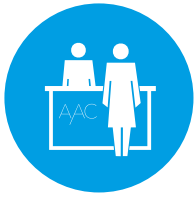
TH

THÜRINGEN

Die Pauschale zur fachärztlichen Grundversorgung (PFG) und Polysomnographie werden ab 2020 außerhalb der MGV vergütet.

Quelle: Rundschreiben Ausgabe 4, 30.04.2020

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



IN EIGENER SACHE LEISTUNGEN DER AAC

Kontinuierliche Betreuung der Dauerpatienten im Blick!

Das zurückliegende Quartal war durch z.T. erhebliche Fallzahlrückgänge geprägt. Viele Dauerpatienten mit chronischen Erkrankungen haben die Praxen gemieden – auch als sich die pandemische Lage bereits wieder deutlich entspannte.

Es ist unsere Erfahrung, dass die chronisch kranken Patienten für das betriebswirtschaftliche Ergebnis der Praxis eine enorme Bedeutung haben. Die Steuerung dieser Patientengruppe ist daher essenziell. Wir haben deshalb sehr gerne Ihren Wunsch aufgegriffen und entsprechende Analysen für unsere Beratungs-Software programmiert.

Wir können jetzt tagesaktuell eine Liste erzeugen, die alle Patienten umfasst, die im aktuellen Quartal bis zum Stichtag noch nicht in der Praxis waren, aber in den zwei bzw. drei Vorquartalen von der Praxis versorgt wurden. Für Hausärzte ist dies besonders wichtig, da die Kontakthistorie für die Abrechnung der Chronikerpauschalen entscheidend ist.

Patienten		ohne 03220, aber durchgängige Diagnose und erforderliche Kontakte	114
Hinweise*	03220H, aber mit 3 erforderlichen Kontakten		24
	ohne 03220, ohne durchgängige Diagnose, aber mit erforderlichen Kontakten		150
	03220 in den drei Vorquartalen, aber im laufenden Quartal ohne erforderlichen Kontakt		111
	03220 in zwei von drei Vorquartalen, aber im laufenden und einem weiteren der drei Vorquartale ohne erforderlichen Kontakt		220

* Auf weitere, in Folgequartalen zu überprüfende Potentiale.

Praxen können so gezielt ihre Handlungsoptionen wählen:

- Telefonische Beratung
- Versorgung im Rahmen einer Videosprechstunde
- Recall mit Vermittlung eines Termins zur persönlichen Vorstellung

Zusätzlich überprüfen wir die abgerechneten GOP 03220/03221 (Chronikerpauschalen), ob in diesem und in den Vorquartalen mindestens eine qualifizierende Behandlungsdiagnose – und zwar durchgängig dieselbe – vorlag. Vielen Praxis ist dieses Detail der Definition chronisch kranker Patienten des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht bekannt. Die Krankenkassen achten allerdings sehr genau auf die Einhaltung dieser Regel und stellen bei einem Verstoß umgehend einen Prüfantrag. Als Ergebnis muss die KV in der überwiegenden Zahl der Fälle die Abrechnung korrigieren und die Ziffern absetzen. Haus- und Kinderarztpraxen entstehen so über einen langen Zeitraum spürbare Einkommensverluste, die vermeidbar wären.



KAP. 5.01.6 CHRONIKERDIAGNOSEN IM VERLAUF

Diese Auswertung zeigt Chroniker-Patienten auf, bei denen über die Quartale chronische Diagnosen fehlen (weil keine Diagnose eingetragen oder Patient nicht in Praxis war) oder unterschiedliche Diagnosen verwendet werden. Bitte achten Sie darauf, dass Chroniker-Patienten immer wegen der gleichen chronischen Diagnose(n) behandelt werden sollten.

Patient	2/2020	1/2020	4/2019	3/2019
01234 Mus*, Ma*	E03 E78	E03 E78 F45		
01289 Nat*, Fr*	E34		F45	
01232 Wun*, Ho*	E03 F45	E03		E03
01543 Zus*, Ko*	E78			E78



IN EIGENER SACHE LEISTUNGEN DER AAC

Wir können ebenfalls eine Reihe von fachärztlichen Fachgruppen mit vergleichbaren Auswertungen unterstützen.

AAC AG PRÄSIDENTURNE		
KAP. 5.08.1 ÜBERSICHT PATIENTEN IM VERLAUF		
Chirurgie		
IST	Anzahl Patienten aktuell	992
Patienten	mit Kontakt in drei Vorquartalen, aber ohne Kontakte aktuell	139
	davon unterteilt in	
	bis zum 49. Lebensjahr	68
	zwischen 50. und 69. Lebensjahr	57
	ab 70. Lebensjahr	14
	mit Kontakt in zwei von drei Vorquartalen, aber ohne Kontakte aktuell und einem weiteren Quartal	772
	davon unterteilt in	
	bis zum 49. Lebensjahr	323
	zwischen 50. und 69. Lebensjahr	333
	ab 70. Lebensjahr	116
Orthopädie		
IST	Anzahl Patienten aktuell	1.052
Patienten	mit Kontakt in drei Vorquartalen, aber ohne Kontakte aktuell	40
	davon unterteilt in	
	bis zum 49. Lebensjahr	16
	zwischen 50. und 69. Lebensjahr	17
	ab 70. Lebensjahr	7
	mit Kontakt in zwei von drei Vorquartalen, aber ohne Kontakte aktuell und einem weiteren Quartal	273
	davon unterteilt in	
	bis zum 49. Lebensjahr	129
	zwischen 50. und 69. Lebensjahr	108
	ab 70. Lebensjahr	36

13.07.2020 | 1.17.4 2.2020 | 123456789 | 30.06.2020 | Budgetscheine: 720 Kap. 5.08.1 | 1 von 1

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Sprechen Sie uns bitte jederzeit an!



WIR SIND GERNE FÜR SIE DA!

WIR SIND DIE EXPERTEN FÜR IHRE KV-ABRECHNUNG



WIR ANALYSIEREN IHRE KV-ABRECHNUNG

Software-basiert

BEREITS IM LAUFENDEN QUARTAL

19 Jahre Erfahrung, 17 KVn, mehr als 12.000 Kunden nahezu aller Fachgruppen

SPRECHEN SIE UNS AN!

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