

# AAC

*Magazin*



KUNDENMAGAZIN DER AAC PRAXISBERATUNG AG

NEUES BEI KV-ABRECHNUNG & HONORAR AUF EINEN BLICK

AUSGABE NR. 08 – Q1 2021



# NR. 08

# INHALT Q1 2021

In eigener Sache: Unsere Analysen .....	4
Bundesweit gültige Regelungen zum 01.01.2021 .....	6
KV-spezifische Regelungen ab 01.01.2021 .....	20

## IMPRESSUM

### HERAUSGEBER

AAC PRAXISBERATUNG AG, Am Treptower Park 75, 12435 Berlin

### REDAKTION

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

### REDAKTIONELLE MITARBEIT

Jacqueline Bauer, Franziska Mainda

### BILDNACHWEISE

Seite 1 © greenbutterfly - stock.adobe.com  
Seite 9 © Halfpoint - stock.adobe.com  
Seite 14 © vitanovski - stock.adobe.com  
Seite 19 © thicha - stock.adobe.com  
Seite 23 © makistock - stock.adobe.com  
Seite 26 © Karl-Hendrik Tittel  
Seite 28 © Bashkatov - stock.adobe.com

### LAYOUT

Olaf Brandmeyer, 32257 Bünde

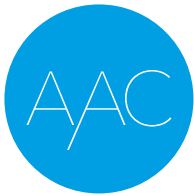
### DRUCK

MG-Print, 32051 Herford

### AUFLAGE

Druck: 500 Stück. Magazin als PDF: [www.aac-ag.de/magazin](http://www.aac-ag.de/magazin)

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers.  
© 2021 AAC PRAXISBERATUNG AG, Printed in Germany



# WILLKOMMEN

Sehr geehrte Frau Doktor,  
sehr geehrter Herr Doktor,

wir wünschen Ihnen einen guten und erfolgreichen Start ins neue Jahr. Auch in diesem Quartal wird die Patientenversorgung erheblich unter dem Zeichen der Pandemie und den vielen damit verbundenen Sonderregelungen stehen.

Zusätzlich halten Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), die elektronische Patientenakte (ePA) und die elektronische AU Einzug in die Versorgung. Aber wir Deutsche können nicht nur „kompliziert“. Bei der Heilmittelverordnung wird alles auf neue Füße gestellt. Es wird bereits ab Januar einfacher und deutlich übersichtlicher. Hier haben wir alles Neue übersichtlich in einer Service-Unterlage für Sie zusammengefasst.

Nebenbei müssen wir im Auge behalten, was sich ansonsten in der Welt der Abrechnung alles ereignet. Den Überblick erhalten Sie wie immer hier!

Den Hinweis in eigener Sache möchten wir Ihrer besonderen Aufmerksamkeit empfehlen. Wie kann man in Zeiten einer Pandemie als Praxisinhaber betriebswirtschaftlich vorausschauend planen? Alle Annahmen sind mit einem hohen Unsicherheitsfaktor behaftet. Deshalb ist es umso wichtiger, das laufende Quartal engmaschig und genau zu steuern. Ebenso wichtig ist es, sich für die nächsten 12-18 Monate gut aufzustellen. Nutzen Sie die von uns programmierten neuen Steuerungsanalysen.

Ihr Berater steht Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung. Feedback in jeder Form ist ebenfalls immer willkommen!

Eine gute Lektüre und eine sichere Abrechnung!

Dr. Georg Lübben

Dr. Tino Lippmann

Markus Kottmann

Holger Söffge



## IN EIGENER SACHE LEISTUNGEN DER AAC

**Trotz Lockdown** ist Deutschland nach wie vor mit einem sehr aktiven Infektionsgeschehen konfrontiert. Regelmäßige Testungen von Praxispersonal, Hygienekonzepte und in vielen Praxen Infektsprechstunden prägen den Praxisalltag. Der unbefristete Ausnahmezustand, die Einschränkungen des Alltagslebens und die Sonderbelastungen z.B. durch Homeschooling etc. zehren an den Nerven aller Menschen. Auch die neu aufgetretene Virusmutation erhöht die Unsicherheit weiter. Trotz allem müssen Praxisinhaber betriebswirtschaftlich vorausschauend planen, denn die finanziellen Verpflichtungen müssen ja weiter bedient werden.

**Der Rettungsschirm** der Bundesregierung zur Existenzsicherung der Praxen ist im vierten Quartal 2020 ausgelaufen. Wir sind schon ein wenig stolz, dass fast alle unserer Kunden ohne die finanziellen Ausgleichszahlungen aus dem Rettungsschirm auskamen. Viele Kunden konnten aus eigener Kraft und mit Hilfe unserer Controlling-Instrumente im vierten Quartal sogar ein besseres Umsatzergebnis als 2019 erzielen.

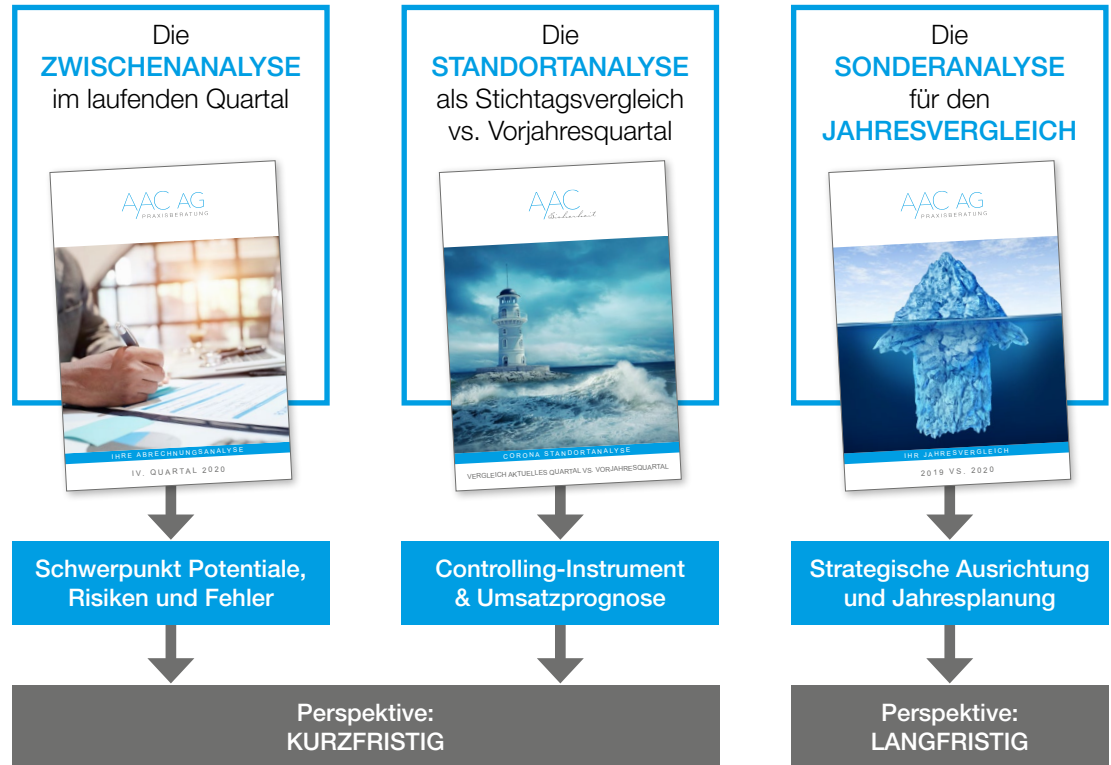
**Eine zeitnahe Steuerung & eine vorausschauende Planung** der Patientenzahlen, Leistungen und Umsätze sind also das A & O. Insbesondere, wenn Sie ab diesem Quartal ohne Netz und doppelten Boden, d. h. ohne Rettungsschirm agieren müssen.

Nach vielen Gesprächen mit Ihnen haben wir unseren Baukasten unterschiedlicher Controlling-Instrumente noch einmal erweitert und können Ihnen jetzt für jede Situation das dafür passende Steuerungstool zur Verfügung stellen.

### Wir zeigen Ihnen,

- exakt wo Sie stehen.
- mit welchen Patienten Sie den größten Umsatzhebel haben.
- die Leistungsbereiche, auf die Sie sich jetzt mit voller Aufmerksamkeit fokussieren sollten.
- Ihre Potentiale und helfen, Risiken und Fehler zu vermeiden.

# UNSERE ANALYSEN



## Das AAC-Qualitätsversprechen

- Wir unterstützen Sie mit aktuellem Abrechnungswissen
- Wir geben Ihnen Orientierung und Sicherheit, damit Sie sich auf die Patientenversorgung konzentrieren können.
- Wir sind stets für Sie da. Sie können sich auf uns verlassen.

**Wir arbeiten, damit Sie Ihr Umsatzziel für dieses Quartal bzw. Jahr sicher erreichen.**

**Bitte sprechen Sie Ihren Berater jederzeit an.**



# WAS GIBT'S NEUES? BUNDESWEITE REGELUNGEN ZUM 01.01.2021

## 1 Viele Corona-Sonderregelungen haben auch in Q1/21 Gültigkeit

Die Corona-Sonderregelungen haben auch im ersten Quartal des neuen Jahres Bestand. Nachfolgend geben wir Ihnen einen Überblick über die aktuell geltenden Sonderregelungen:

**Befristung zum 31.01.2021\* – am 21.01.2021 bereits  
bis 31.03.2021 verlängert.**

<b>Folgeverordnungen per Telefon</b>	nach telefonischer Anamnese, zusätzlich postalischer Versand an den Patienten, gilt für häusliche Krankenpflege, Heil- und Hilfsmittel, Krankentransport
<b>Vorlagefrist bei der Krankenkasse</b>	10 Arbeitstage Zeit, Verordnungen zur Genehmigung bei der Krankenkasse vorzulegen, gilt für Häusliche Krankenpflege, Soziotherapie, SAPV
<b>Verordnung häuslicher Krankenpflege</b>	können bis zu 14 Kalendertage rückwirkend ausgestellt werden
<b>Gültigkeit von Heilmittel-Verordnungen</b>	Gültigkeit bleibt erhalten, auch wenn eine Behandlung für 14 Tage unterbrochen wird

\* vorbehaltlich Fristverlängerungen aufgrund der weiteren Entwicklung des Infektionsgeschehens



## 1 Befristung zum 31.03.2021\*

telefonische AU-Bescheinigungen	bis zu 7 Kalendertage, für bekannte und unbekannte Patienten, bei leichter Erkrankung der oberen Atemwege
Krankentransporte für COVID-Patienten	genehmigungsfrei, aber auf Muster 4 kennzeichnen, Transport muss nicht aufschiebbar und zwingend medizinisch notwendig sein
U-Untersuchungen	die Untersuchungszeiträume ab U6 sind ausgesetzt
Entlass-Management	Verordnungen aus dem Krankenhaus bis zu 14 Tage gültig
QS-Maßnahmen	Qualitätssicherungs-Maßnahmen können weiterhin von den KVn für einzelne Leistungen ausgesetzt werden – bitte fragen Sie bei Ihrer KV nach
Austauschmöglichkeiten bei Arzneimitteln	Apotheken haben die Möglichkeit zum Austausch von Arzneimitteln
Substitutionstherapie	Verordnungen für bis zu 7 Tage möglich, Folgerezepte auch ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt
BtM-Rezeptformulare	sind in Ausnahmen übertragbar und von anderen Ärzten anwendbar
Telefonkonsultationen	Zuschläge für telefonische Beratungen nach 01433/01434 zur 01435 und/oder Versicherten-/Grundpauschale weiterhin möglich
Videosprechstunde	weiterhin ohne Mengenbegrenzung

\* vorbehaltlich Fristverlängerungen aufgrund der weiteren Entwicklung des Infektionsgeschehens



## 1.1 Corona-Testungen des eigenen Praxispersonals

Im Zuge der Corona-Pandemie sind seit März 2020 verschiedene Testkonzepte zum Virus-Nachweis beschlossen und seither immer wieder an die aktuelle Situation angepasst worden. Wir geben Ihnen nochmals einen kurzen Überblick, was Sie für die Testung Ihres Praxispersonals wissen sollten.



Das eigene Praxispersonal kann regelmäßig getestet werden. Regelmäßig bedeutet, dass für Praxen die Kosten für bis zu 10 Antigen-Schnelltests pro Mitarbeiter und Monat übernommen werden. Die Abrechnung der Sachkosten pro Test in Höhe von maximal 9 EUR erfolgt über Ihre KV. Bitte achten Sie darauf, dass Sie nur Schnelltests verwenden, die auf der Internetseite des BfArM gelistet sind.

Quelle: [antigentest.bfarm.de/ords/antigen/r/antigentests-auf-sars-cov-2/liste-der-antigentests](https://antigentest.bfarm.de/ords/antigen/r/antigentests-auf-sars-cov-2/liste-der-antigentests)

Weitere Leistungen wie Abstrich und Beratung dürfen für die Testung des eigenen Praxispersonals nicht berechnet werden.

Anders als bei sonstigen medizinischen Einrichtungen ist kein Testkonzept notwendig, das dem ÖGD vorgelegt werden muss. Dennoch ist es sinnvoll, im QM einen Plan aufzustellen, in welcher Frequenz getestet wird und die Testungen entsprechend zu protokollieren.

## 1.2 Vergütung der Leistungen mit Corona-Kennzeichnung 88240

Zum Jahreswechsel hat der Gemeinsame Bewertungsausschuss eine Änderung der Finanzierung von Leistungen mit der Corona-Kennzeichnung 88240 erlassen. Dies bedeutet nicht gleichzeitig eine Änderung der Vergütung! Der Beschluss dazu ist sehr kompliziert beschrieben und die Berichterstattung einiger KVn trägt nicht zu einem einfachen Verständnis bei.

Wichtig für Sie zu wissen ist, dass die mit 88240 gekennzeichneten Leistungen nach wie vor voll vergütet werden. Es hat sich im Hintergrund nur geändert, aus welchen Töpfen diese Leistungen bezahlt werden. Wenn der Topf für diese Leistungen aufgebraucht ist, wird aus anderen Töpfen nachfinanziert und wenn auch das nicht ausreichend ist, müssen die Krankenkassen zusätzliches Geld zur Verfügung stellen.

**für die Praxis**

Es bleibt alles, wie es ist. Sie setzen die Markierungsziffer 88240 an allen Tagen an, an denen Sie einen Patienten mit Verdacht auf oder einer diagnostizierten Corona-Erkrankung behandeln. Diese Leistungen bekommen Sie extrabudgetär vergütet.







## 2 Die neue Heilmittel-Richtlinie ist in Kraft – vieles ist ab sofort einfacher

Nach 20 Jahren hat sich endlich etwas im System der Heilmittel-Verordnungen getan. Da die Vorgaben in den letzten Jahren immer komplexer und unübersichtlicher wurden, hat man jetzt die Richtlinie und den Heilmittelkatalog gründlich „entrümpelt“.

Seit Januar gilt für alle Verordnungen, egal ob Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie oder Podologie, nur noch das überarbeitete Formular 13. Die bisherigen Formulare sind von nun an ungültig. Die neue Heilmittel-Richtlinie verfolgt das Ziel, dem Verordnungssystem eine klare Struktur zu geben und somit auch die Arztpraxen zu entlasten.

**Der neue Heilmittelkatalog** ist durch die Zusammenführung von Diagnosegruppen übersichtlicher und kürzer gestaltet. So wird nicht mehr zwischen kurzfristigem, mittelfristigem oder langfristigem Behandlungsbedarf unterschieden und Verordnungsmengen für verwandte Diagnosegruppen müssen nicht mehr aufgerechnet werden.

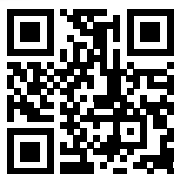
Grundlegend kann eine Heilmittelbehandlung bis zu 28 Tage nach Verordnungsdatum begonnen werden, statt wie bisher innerhalb von 14 Tagen. Soll sie dennoch innerhalb von 14 Tagen starten, kann der Arzt dies explizit auf der Verordnung vermerken.

Weiterhin bestehen aber Diagnoselisten für den langfristigen Heilmittelbedarf und den besonderen Verordnungsbedarf. Diese Verordnungen unterliegen wie bisher auch nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Drei neue und wichtige Begriffe gelten von nun an für die Heilmittel-Verordnung  
► der **Verordnungsfall**, die **orientierende Behandlungsmenge** und das **Verordnungsdatum**.



Der **Verordnungsfall** gilt für einen Patienten mit einer behandlungsbedürftigen Erkrankung (Diagnosegruppe) bei demselben behandelnden Arzt. Er gilt ab dem ersten **Verordnungsdatum** solange, bis die Behandlung abgeschlossen ist. Für jede Diagnosegruppe gibt es im Heilmittelkatalog eine **orientierende Behandlungsmenge**, mit der die Behandlung erfolgreich abgeschlossen sein sollte. Dabei kann der Arzt aus den möglichen Heilmitteln wählen. Die Unterscheidung zwischen vorrangigen und optionalen Heilmitteln ist aufgehoben worden. Es gibt nur noch vorrangige Heilmittel, aus denen je nach Leitsymptomatik bis zu drei parallel verordnet werden dürfen. Zusätzlich können ergänzende Heilmittel verordnet werden, die aber für die Bemessung der orientierenden Behandlungsmenge keine Rolle spielen.



Vergehen sechs Monate, ohne dass der Arzt dem Patienten erneut eine Verordnung ausstellt, beginnt automatisch ein neuer Verordnungsfall. Das Verordnungsdatum wird vom Praxissoftwaresystem automatisch gespeichert und stellt somit den Bezug zum Verordnungsfall her.

Wir haben für Ihren Durchblick die wichtigsten Neuerungen in einer Serviceunterlage zusammengefasst. Zum Download geht's hier: [aac-ag.de/magazin](http://aac-ag.de/magazin)



### 3 Videosprechstunde – Portokosten für die AU-Bescheinigung

Der G-BA hat die Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie gelockert. Das bedeutet, dass die AU nun auch im Rahmen einer Videosprechstunde festgestellt werden kann. Voraussetzung dafür ist, dass der Patient aufgrund früherer Behandlungen in der Praxis persönlich bekannt ist. Die erstmalige Arbeitsunfähigkeit per Video kann für bis zu sieben Kalendertage ausgestellt werden. Für eine Verlängerung ist eine persönliche Vorstellung in der Praxis erforderlich.

In diesem Zusammenhang hat der Bewertungsausschuss auch zwei neue Kostenpauschalen aufgenommen. Für den Versand der AU-Bescheinigung ist die GOP 40128 abrechenbar. Bei Bezug von Krankengeld für Eltern eines erkrankten Kindes gilt die GOP 40129 für den Versand.

ZIFFER	BESCHREIBUNG	WERT IN EURO
40128	Versand der AU-Bescheinigung	0,81 €
40129	Versand der ärztlichen Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes (Muster 21)	0,81 €

### 4 NäPa-Ziffern abrechnen – auch ohne Arzt-Patienten-Kontakt im aktuellen Quartal

Die NäPa-Hausbesuche sind seit dem 1. Oktober 2020 auch dann abrechnungsfähig, wenn im aktuellen Quartal kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) stattgefunden hat.

Der Hausbesuch einer NäPa ist also auch dann abrechenbar, sofern im Vorquartal ein persönlicher APK oder ein Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde erfolgte. Die neue Regelung gilt sowohl für die hausärztlichen NäPa-Ziffern als auch für die fachübergreifenden NäPa-Zuschläge.



## 5 Höhere Vergütung beim Notfalldatenmanagement

Die Anlage eines Notfalldatensatzes wird seit dem 20. Oktober 2020 höher vergütet. Diese Entscheidung beruht auf dem zeitgleich in Kraft getretenen Patientendatenschutzgesetz (PDSG). Die höhere Vergütung ist auf ein Jahr begrenzt. Möglich ist die Abrechnung jedoch nur mit einem Update auf den E-Health-Konnektor und dem Besitz eines elektronischen Heilberufsausweises (eHBA).

Das Notfalldatenmanagement stellt relevante medizinische Daten auf der elektronischen Gesundheitskarte zur Verfügung. Patienten haben seit dem Inkrafttreten des PDSG Anspruch auf die Erstellung, Speicherung und Aktualisierung ihres Notfalldatensatzes. Ärzte sind verpflichtet, die technischen Voraussetzungen in ihrer Praxis einzuführen. Dies gelingt mit dem Upgrade auf den E-Health-Konnektor sowie einer Anpassung des Praxisverwaltungssystems.

ZIFFER	BESCHREIBUNG	PUNKTWERT	WERT IN EURO
<b>01640</b>	Zuschlag zur Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale für die Anlage des Notfalldatensatzes; einmal im Krankheitsfall	<b>160*</b>	<b>17,80 €*</b>
<b>01641**</b>	Zuschlag zur Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale für die Überprüfung und Aktualisierung des Notfalldatensatzes; einmal im Krankheitsfall	<b>4</b>	<b>0,44 €</b>
<b>01642</b>	Löschen Notfalldatensatz; einmal im Behandlungsfall	<b>1</b>	<b>0,11 €</b>

\* gültig vom 20.10.2020 bis zum 19.10.2021

\*\* Der Zuschlag wird von der KV automatisch zugesetzt



## 6 Digitalisierung im Gesundheitswesen

### ► Apps auf Rezept

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen schreitet voran. Neben der Vereinfachung von Abläufen wie Datenaustausch und Kommunikation zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen, soll sie auch die Kommunikation und Behandlung der Patienten erleichtern. Ein Bestandteil ist die bereits bestehende Videosprechstunde, die natürlich auch abrechnungsseitig Auswirkungen auf die Praxis hat.

Weitere Anwendungen werden im Laufe der Zeit folgen. Dazu hat der Gesetzgeber einen Zeitplan erstellt, wonach über die nächsten zwei Jahre sukzessive neue Leistungen und Anwendungen in die ambulante Patientenversorgung und -kommunikation Einzug halten werden.

#### für die Praxis



Eine erste Anwendung sind die digitalen Gesundheitsanwendungen, kurz DiGA. Hier gibt es bereits sechs ordnungsfähige Apps, die Sie als Arzt auf Rezept verordnen dürfen. Wichtig zu beachten ist hierbei, dass nur solche Apps verordnet werden, die auf der Internetseite des BfArM gelistet sind. Die Verordnung von gelisteten DiGA erfolgt regulär über das Muster 16. Die ärztlichen Kosten werden, bis entsprechende Leistungen im EBM definiert sind, über die GOÄ liquidiert. Der Patient kann sich diese bei der Krankenkasse erstatten lassen.

Quelle: [diga.bfarm.de/de/verzeichnis](https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis)

### ► Elektronischer Heilberufsausweis

In diesem Zusammenhang möchten wir noch einmal darauf hinweisen, dass viele Anwendungen für die Ärzte nur genutzt werden können, wenn auch ein elektronischer Heilberufsausweis (eHBA) vorhanden ist. Elektronische AU (eAU), elektronische Patientenakte (ePA) und auch elektronische Rezepte (eRezept), kann der Arzt nur ausstellen oder einsehen, wenn er einen eHBA hat. Denn auf diesem basiert die elektronische Signatur, die für die Ausstellung solcher Formulare Voraussetzung ist.

#### für den Arzt

Auch wenn der Start der ersten elektronischen Anwendungen um ein halbes Jahr auf Mitte 2021 verschoben wurde, sollten Sie baldmöglichst die Ausstellung Ihres Heilberufsausweises beantragen. Dies tun Sie über Ihre zuständige Ärztekammer. Da der eHBA eine personengebundene Signaturkarte ist, müssen Sie sich per Identverfahren anhand eines gültigen Lichtbildausweises identifizieren. Dann wird der Ausweis erstellt und über einen sicheren Weg ausgeliefert. Das alles nimmt Zeit in Anspruch. Wenn jedoch bis zum Starttermin von elektronischer AU und Patientenakte kein eHBA vorliegt, können Sie nicht an den neuen Anwendungen teilnehmen. Da die Anwendungen verpflichtend sind, kann es sogar zu Honorarabzügen kommen.



1  
2

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10



### **7 Früherkennung von Zervixkarzinomen – Abrechnung ab 2021 auf das Kalenderjahr bezogen**

Die Abrechnungsbestimmungen für die Krebsfrüherkennung bei der Frau (GOPs 01760 und 01761) sind angepasst worden. Seit dem 1. Januar beziehen sich die Untersuchungen auf das „Kalenderjahr“ und nicht mehr auf den Krankheitsfall. Diese Anpassung wurde aufgrund der Regelungen in den entsprechenden Richtlinien vorgenommen, in welchen ein jährlicher Anspruch auf eine der beiden Leistungen besteht.

**für die Praxis** Für die Ärzte bedeutet dies, dass wie früher auch, die Frau jedes Jahr eine Leistung nach den GOP 01760 oder 01761 in Anspruch nehmen kann, unabhängig davon ob tatsächlich bereits vier Quartale vergangen sind.

### **8 Entscheidungshilfe für Frauen – drei weitere Biomarker-Tests bei Brustkrebs**

Ein Rezidivrisiko bei Brustkrebs kann anhand drei weiterer Biomarker-Tests ermittelt werden. Damit sind insgesamt vier biomarkerbasierte Tests bei Brustkrebs über die GKV abrechenbar. Diese Tests dürfen nur angewendet werden, wenn aufgrund klinischer und pathologischer Kriterien keine Entscheidung für oder gegen eine adjuvante systemische Chemotherapie getroffen werden kann.

Ärzte haben in diesem Zusammenhang die Aufgabe, im Patientengespräch über den Test aufzuklären. Gynäkologen mit Schwerpunkt gynäkologischer Onkologie, Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie Internisten oder Gynäkologen mit einem Nachweis der Zusatzweiterbildung „Medikamentöse Tumortherapie“ können diese Gespräche abrechnen.

**für die Praxis** Der Beschluss wurde vom Bundesministerium nicht beanstandet. Nun muss der Bewertungsausschuss die Vergütung regeln und hat dafür sechs Monate Zeit. Sobald hier entsprechende Abrechnungsziffern vorliegen, werden wir Sie informieren.

## 9 Zweitmeinungsverfahren bei Kniegelenkersatz jetzt möglich

Der Katalog für die Indikationen zum Zweitmeinungsverfahren wächst. Seit Januar darf die Zweitmeinung auch bei einem geplanten Kniegelenkersatz angewendet und abgerechnet werden. Dafür kann der indikationsstellende Arzt, für die Aufklärung, Beratung und Befundaushändigung die Ziffer 01645 abrechnen, hier mit Zusatz E.

Als Zweitmeinungsarzt ist eine Genehmigung der KV notwendig. Erst dann sind die Leistungen auch abrechenbar. Ärzte folgender Fachrichtungen können eine Genehmigung bei ihrer KV beantragen: Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie und Physikalische und Rehabilitative Medizin.

Alle medizinisch notwendigen Leistungen, sowie die Grund-, Versicherten,- oder Konsiliarpauschale werden wie gewohnt abgerechnet. Zur Kennzeichnung des Zweitmeinungsfalls ist im Fall eines geplanten Kniegelenkersatz die Ziffer 88200E anzugeben. Behandlungen, die über das Zweitmeinungsverfahren hinaus erfolgen, sind im Begründungstext der Feldkennung 5009 ebenfalls mit der „GOP 88200E“ zu kennzeichnen.

Der Anspruch auf eine Zweitmeinung besteht auch bei einer Revisionsoperation.

Hier noch einmal Abrechnungsinformationen für alle Indikationen im Zweitmeinungsverfahren:

ZIFFER INDIKATIONSSTEL- LENDER ARZT	ZIFFER ZWEITMEINER	BESCHREIBUNG	DATUM INKRAFT- TRETEN
01645A	88200A	Zweitmeinung Mandeloperation	01.01.2019
01645B	88200B	Zweitmeinung Gebärmutterentfernung	01.01.2019
01645C	88200C	Zweitmeinung Schulterarthroskopie	20.02.2020
01645E	88200E	Zweitmeinung Kniegelenkersatz	12.01.2021
01645D	88200D	Zweitmeinung bei einer bevorstehenden Amputation bei Diabetischem Fußsyndrom	offen





## 10 TumortheraPIefelder bei aggressiven Hirntumoren – neu im EBM

Um das Wachstum aggressiver Hirntumore zu verlangsamen, können seit dem 15. November 2020 TumortheraPIefelder (TTF) eingesetzt werden. Diese neue Behandlungsmethode basiert auf elektrischer Wechselfpannung und ist konkret für Patienten mit einem neu diagnostizierten Glioblastom vorgesehen.

Für die Abrechnung wurden drei neue GOPs in den EBM aufgenommen. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär. Folgende Fachärzte dürfen die neuen Leistungen abrechnen: Hämato-Onkologen, Neurologen, Neurochirurgen und Strahlentherapeuten. Die Ziffer 30312 darf jedoch nicht von Hämato-Onkologen berechnet werden.

Geräte zur Anwendung von TTF werden als Medizinprodukt verordnet und müssen der jeweiligen Krankenkasse zur Genehmigung vorgelegt werden.

ZIFFER	BESCHREIBUNG	PUNKTWERT	WERT IN EURO
30310*	Indikationsstellung zur Behandlung eines Patienten mit TumortheraPIefeldern (einmalig im Krankheitsfall)	128	14,24 €
30311	Zusatzpauschale für Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit TumortheraPIefeldern	235	26,14 €
30312**	Zusatzpauschale für Entscheidung über Ausrichtung von TumortheraPIefeldern zur Behandlung des Glioblastoms	65	7,23 €

\* einmal im Krankheitsfall

\*\* bis zu dreimal im Behandlungsfall

- für die Praxis**
- TTF ist als Medizinprodukt über das Formular 16 „Verordnung von Hilfsmitteln“ zu verordnen
  - eine Vorlage zur Genehmigung bei der Krankenkasse ist notwendig
  - aktuell bietet ausschließlich die Firma Novocure die Geräte an



### 11 Neugeborene – Abrechnung im Ersatzverfahren

Seit dem 4. Quartal 2020 werden Neugeborene ohne elektronische Gesundheitskarte über das Ersatzverfahren in der Praxis angelegt und abgerechnet. Möglich ist dies bis zum vollendeten dritten Lebensmonat. Bisher wurden die Vorsorgeuntersuchungen bzw. kurativen Untersuchungen über die eGK eines der Elternteile abgerechnet. Im Bundesmantelvertrag-Ärzte erfolgte dahingehend nun die Anpassung.

**für die Praxis** Folgende Daten werden erhoben:

- Name der Krankenkasse, in welcher Mitgliedschaft beantragt ist
- Name und Geburtsdatum
- Versichertenart (familienversichert)
- Postleitzahl des Wohnorts
- Wenn bereits vorhanden, Versichertennummer

Mit der Unterschrift von einem Elternteil auf dem Abrechnungsschein wird bestätigt, dass das Kind gesetzlich krankenversichert ist.

### 12 Kinder- und Jugendpsychiatrie – Behandlung auch für über 21-Jährige

Die Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind seit dem 1. Oktober 2020 auch bei Patienten über 21 Jahre abrechenbar. Als Voraussetzung gilt die Fortführung einer bereits begonnenen Behandlung.

**für die Praxis** Bei einer Fortführung einer bereits begonnenen Behandlung bedarf es einer besonderen Begründung. Diese Begründung wird im freien Begründungsfeld mit der Feldkennung 5009 angegeben.





WAS GIBT'S NEUES?

# KV-SPEZIFISCHE REGELUNGEN AB 01.01.2021

BY

## BAYERN

### **Corona-Zuschlag für die Quartale 4/2020 und 1/2021**

Alle Patienten, die im Zusammenhang mit COVID über die Pseudoziffer 88240 gekennzeichnet werden, erhalten von der KV Bayern einen Zuschlag von 10,00 Euro zur Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale. Gekennzeichnet wird der Zuschlag über die GOP 97240.

### **Schutzschirm für Quartal 3/2020**

Praxen, die im dritten Quartal 2020 von der Corona-Pandemie betroffen waren, erhalten Ausgleichszahlungen. Dazu ist ein Antrag notwendig. Der Antrag ist spätestens einen Monat nach Erhalt des Honorarbescheides zu stellen. Abgerufen wird der Antrag über die KVB-Webseite, in der Rubrik ► Abrechnung / Honorar / Ausgleich Corona.

### **Fallzahlzuwachsbeschränkung für die Quartale 1/2021 und 2/2021 ausgesetzt**

Auf Grund der Corona-Pandemie sind die Fallzahlzuwachsbeschränkungen für die ersten beiden Quartale 2021 ausgesetzt.



BE

## BERLIN

### TSVG-Patienten werden rückwirkend ab Quartal 4/2019 von der KV markiert

Die KV Berlin wird auch die TSVG-Patienten aus dem vierten Quartal 2019 nachträglich kennzeichnen. Das führt zu einer Korrektur der Honorarbescheide des vierten Quartals 2019. Für die Praxis bedeuten diese Änderungen, dass die nun gekennzeichneten TSVG Patienten extrabudgetär vergütet und bereinigt werden.



Die nachträgliche Kennzeichnung aller TSVG-Patienten hat ebenfalls zur Folge, dass die RLV-QZV-Zuweisungen für 4/2020 neu berechnet werden.

Ergänzende Informationen:

[www.kvberlin.de/fileadmin/user\\_upload/newsletter/sonderPID/pid\\_2020\\_s047.pdf](http://www.kvberlin.de/fileadmin/user_upload/newsletter/sonderPID/pid_2020_s047.pdf)

### Impfen in der Häuslichkeit – Zuschläge für AOK-Versicherte

Ärzte erhalten für bestimmte Impfungen bei Hausbesuchen Zuschläge. Diese werden extrabudgetär vergütet. Hierbei muss es sich um immobile Patienten handeln oder um Patienten mit einem Pflegegrad. Hingegen gehören Patienten, die in Pflegeheimen versorgt werden, nicht zu dieser Gruppe. Seit dem 4. Quartal 2020 ist zudem geregelt, dass die GOP 90000 eigenständig von der Praxis hinzugesetzt werden muss.

Folgende Impfungen werden mit einem Zuschlag vergütet: Influenza, Pneumokokken, Tdap ► Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Tdap-IPV ► Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Polymyelitis.



ZIFFER	BESCHREIBUNG	WERT IN EURO
90000	Vergütungszuschlag je Schutzimpfung	6,00 €
90001	Mehr als 50 Hausbesuche (GOP 01410) pro Quartal	3,00 €

Quelle: [www.kvberlin.de/fuer-praxen/aktuelles/praxis-news/detailansicht/pn201106](http://www.kvberlin.de/fuer-praxen/aktuelles/praxis-news/detailansicht/pn201106)

### „Hallo Baby“ ► Beratung zum Toxoplasrose-Suchtest auch telefonisch möglich

Aufgrund der Corona-Pandemie können Ärzte, die am „Hallo-Baby“-Vertrag teilnehmen, das ärztliche Gespräch zum Toxoplasrose-Suchtest auch telefonisch durchführen. Diese Regelung gilt seit dem 1. November 2020 und wurde vorerst auf den 31. März 2021 befristet. Bei Bedarf wird diese Regelung verlängert. Auch die Dokumentation im Mutterpass kann auf den nächsten Präsenztermin verschoben werden.



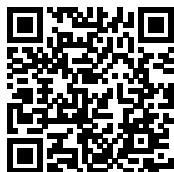
Quelle: [www.kvberlin.de/fuer-praxen/aktuelles/praxis-news/detailansicht/pn201117](http://www.kvberlin.de/fuer-praxen/aktuelles/praxis-news/detailansicht/pn201117)





HB

### BREMEN



#### Fallzahlbrüche durch Corona haben keine Auswirkungen auf 2021

Fallzahlen, die im Jahr 2020 aufgrund der Corona-Pandemie deutlich zurückgegangen sind, wirken sich nicht auf das RLV im Jahr 2021 aus. Die zugewiesenen Fallzahlen aus 2020 bleiben auch 2021 gültig.

Quelle: [www.kvhb.de/fallzahleinbrueche-durch-corona-werden-2021-kompensiert](http://www.kvhb.de/fallzahleinbrueche-durch-corona-werden-2021-kompensiert)

HH

### HAMBURG



#### Ab Januar gilt die „Garantiequote“ ► kein ILB mehr ab Januar 2021

Die KV Hamburg hat sich zu einer kompletten Veränderung der Honorarverteilung in Hamburg entschlossen. Seit dem 1. Januar gilt die sogenannte Garantiequote. Praxen erhalten vor Beginn des neuen Quartals ihre Quote, die in jedem Fall vergütet wird. Die tatsächliche Auszahlungsquote kann höher ausfallen. Die Garantiequote ist fachgruppenspezifisch festgelegt und basiert auf Daten aus dem Vorjahresquartal. Anträge auf Anpassung des ILB entfallen. Es wird nun keinen individuellen Vorjahresbezug mehr geben. Deshalb versendet die KV auch keine ILB-Bescheide mehr, die Garantiequote ist auf der Homepage der KV einzusehen.

Quelle: [www.kvhh.net/de/praxis/abrechnung/neuer-hvm.html#item-e1b56bb5-b4c7-4fbe-8d86-47fdb5eb99e](http://www.kvhh.net/de/praxis/abrechnung/neuer-hvm.html#item-e1b56bb5-b4c7-4fbe-8d86-47fdb5eb99e)

NR

### NORDRHEIN



#### Grippeimpfungen für unter 60-Jährige bei bestimmten Krankenkassen

Seit dem vierten Quartal 2020 können sich Patienten unter 60 Jahren auch ohne besondere gesundheitliche Gefährdung gegen Influenza impfen lassen. Diese Regelung gilt bis zum 31. März 2021. Abgerechnet wird die Impfung über die GOP 89112T. Die Vergütung beträgt 7,95 Euro je Impfung. Der Impfstoff wird auf den Namen des Patienten verordnet.

Welche Krankenkassen diese Satzungsimpfung ermöglichen, kann auf der Homepage der KV Nordrhein nachgelesen werden:

Quelle: [www.kvno.de/meta-navigation/suche/news/nachricht/weitere-krankenkassen-mit-satzungsimpfung-influenza](http://www.kvno.de/meta-navigation/suche/news/nachricht/weitere-krankenkassen-mit-satzungsimpfung-influenza)



SA

## SACHSEN

### Zusätzliche Förderprogramme für Ärzte

Seit dem 1. Januar 2021 stehen neue finanzielle Unterstützungen für Praxen zur Verfügung, die in Regionen liegen, die von Versorgungsdefiziten betroffen sind:

- Förderung von Weiterbildungspraxen: Aufwandspauschalen für weiterbildende Ärzte
- NÄPA-Förderung: Bezuschussung zur Fortbildung von nicht-ärztlichen Praxisassistenten (NÄPA)
- Haltepauschale: Förderung der vertragsärztlichen Tätigkeit über das 65. Lebensjahr hinaus

FÖRDERUNG	FACHGRUPPEN	WAS WIRD GEFÖRDERT?	FÖRDERHÖHE
<b>Weiterbildungspraxen</b>	Haus- und Kinderärzte, Augenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Nervenärzte, Urologen	Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung	1.500 € je Monat und Vollzeitstelle
<b>NäPa-Fortbildung</b>		Fortbildung einer angestellten MFA zur NäPa	200 € pro Monat für max. 24 Monate
<b>Haltepauschale</b>		Teilnahme von Ärzten an der vertragsärztlichen Versorgung über das 65. Lebensjahr hinaus	1.500 € pro Quartal



Eine gesonderte Antragstellung für diese Förderungen ist nicht erforderlich, mit Vorliegen der Zuwendungsvoraussetzungen wird die Förderung quartalsweise mit der Honorarabrechnung ausbezahlt.

Weiterführende Informationen finden Sie auf der Seite der KVS:

[www.kvs-sachsen.de/fileadmin/data/kvs/img/Aktuelles/Foerderungen/FoeMa\\_Landesausschuss/201230\\_02\\_Foerderbedingungen\\_idF-2020-12-18\\_ab\\_2021-01-01\\_St-2020-12-10.pdf](http://www.kvs-sachsen.de/fileadmin/data/kvs/img/Aktuelles/Foerderungen/FoeMa_Landesausschuss/201230_02_Foerderbedingungen_idF-2020-12-18_ab_2021-01-01_St-2020-12-10.pdf)

SH

## SCHLESWIG-HOLSTEIN:

### Neue Vergütungsregelungen für 4/2020 und 1/2021

Die KV Schleswig-Holstein zahlt im vierten Quartal 2020 die PZV-Überschreitung zu 100% aus. Auch im ersten Quartal 2021 werden 100% Restwert vergütet, sofern Praxen an den Infektsprechstunden teilnehmen und dieses auch bei der KV im Online-Portal angegeben haben. Zudem wurde entschieden, dass eine Absenkung des PZV für das erste Quartal 2021 ausgesetzt wird.

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





**WIR SIND GERNE FÜR SIE DA!**



[aac-ag.de](http://aac-ag.de)

2021 – EIN JAHR MIT RETTUNGSSCHIRM?



KEINE SORGE ...  
MIT UNSEREN NEUEN  
SPEZIALAUSWERTUNGEN FÜR IHRE ABRECHNUNG  
LANDEN SIE WEICH UND SICHER.

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](mailto:info@aac-ag.de)