

# AAC *Magazin*

NEUES ZU KV-ABRECHNUNG UND HONORAR AUF EINEN BLICK



AUSGABE NR. 09 – Q2 2021

NR. 09 – Q2 2021

## INHALT

Unsere Analysen .....	4
Sie planen, einen Arzt anzustellen? .....	5
Bundesweit gültige Regelungen zum 01.04.2021 .....	7
KV-spezifische Regelungen ab 01.04.2021 .....	21

### 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  
Franziska Mainda

© 2021 AAC PRAXISBERATUNG AG

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

### BILDNACHWEISE

Seite 01 © ipopba - stock.adobe.com  
Seite 06 © erika8213 - stock.adobe.com  
Seite 10 © greenbutterfly - stock.adobe.com  
Seite 16 © Monet- stock.adobe.com  
Seite 20 © peterschreiber.media - stock.adobe.com  
Seite 26 © Karl-Hendrik Tittel  
Seite 28 © Bashkatov - stock.adobe.com

### LAYOUT

Olaf Brandmeyer, 32257 Bünde

### DRUCK

MG-Print, 32051 Herford

### MAGAZIN ALS PDF

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

## KUNDENMAGAZIN DER AAC PRAXISBERATUNG AG

# WILLKOMMEN

Sehr geehrte Frau Doktor,  
sehr geehrter Herr Doktor,

Professor Wieler, Präsident des RKI, hat die nächsten Monate als das letzte Drittel eines Marathons bezeichnet. Die letzten 10 Kilometer sind bekanntlich die schwierigsten. Die Kräfte schwinden rapide und die Distanz zum Ziel nimmt gefühlt mehr zu als ab. So oder ähnlich geht es den meisten, die jeden Tag mit den Herausforderungen der Pandemie kämpfen. Die aktuellen Infektionszahlen und der Impfstoffmangel sind dabei noch einmal besondere mentale Herausforderungen – auch und gerade für Ärzte. Aber jetzt geht es auch endlich mit den Impfungen in der Praxis los. Zwar erst mit angezogener Handbremse, aber dann steht ab Ende April hoffentlich deutlich mehr Impfstoff zur Verfügung.

Bei aller Unsicherheit ist es jetzt wichtig, die eigene betriebswirtschaftliche Basis so gut wie es geht zu sichern. Der zweite Rettungsschirm ist gut, auch wenn er im Vergleich zum ersten deutlich kleiner ausfällt. Besser wäre es, wenn man ihn nicht bräuchte.

Wir stehen auch dieses Quartal an Ihrer Seite und unterstützen Sie, Ihren Umsatz bestmöglich durch genaue und engmaschige Steuerung zu sichern. Wir zeigen Ihnen mit unseren Spezialanalysen, worauf Sie und das Assistenzpersonal achten müssen.

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

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

Eine gute Lektüre, eine sichere Abrechnung – und bleiben Sie gesund!

Dr. Georg Lübben

Dr. Tino Lippmann

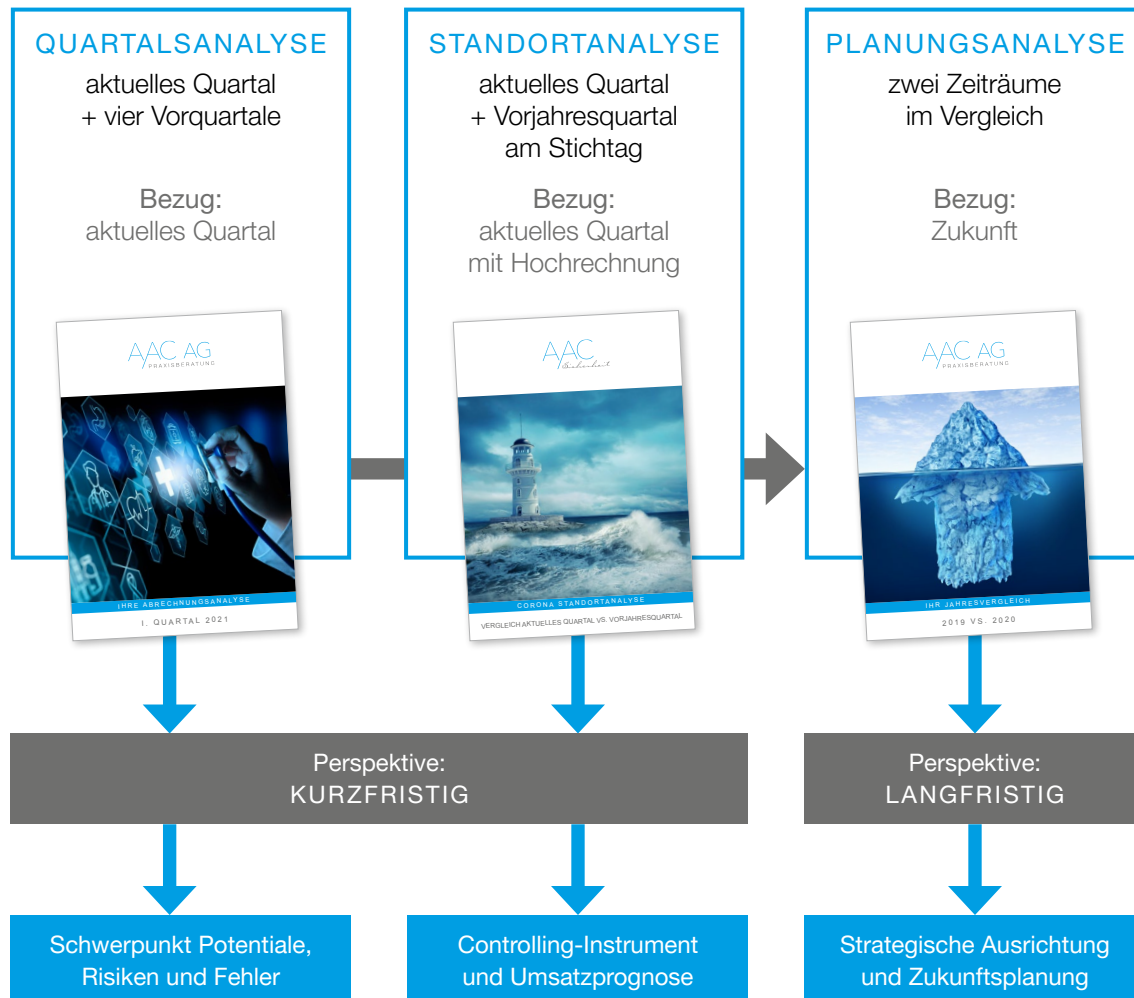
Markus Kottmann

Holger Söffge

# LEISTUNGEN DER AAC

## UNSERE ANALYSEN

Nur wer ein Ziel hat, kann steuern. Wir zeigen Ihnen, auf welche Leistungsbereiche und Patientengruppen es betriebswirtschaftlich besonders ankommt. Wir haben für jede Situation die passende Analyse, egal ob Ihr Fokus auf dem aktuellen Quartal, dem Jahr oder den nächsten 18 bis 36 Monaten liegt.



# SIE PLANEN, EINEN ARZT ANZUSTELLEN?

Als Unterstützung haben wir für Sie für diese häufig gestellte Frage einen **speziellen Kalkulator** entwickelt, der auf der Basis der Abrechnungs- und Kostendaten Ihrer Praxis eine Entscheidungsgrundlage ermittelt. Er stellt die **Patientenzahlen** und **Leistungen** sowie das **Gehalt** transparent dar und kann Ihnen dabei helfen, eine **Umsatz- und Gewinnprognose** zu simulieren. Mit den daraus resultierenden Ergebnissen können Sie dann aktiv steuern. Der Kalkulator gibt Ihnen die Flexibilität, mit verschiedenen Werten (Durchschnitt der Fachgruppe oder variable Kalkulation) zu rechnen.

## DER AAC-KALKULATOR

Lohnt sich ein angestellter Arzt für meine Praxis?

Transparenz für Ihre Entscheidung:

$$\begin{aligned} \text{Patientenzahlen} \times \text{Leistungen} &= \text{Umsatzprognose} \\ &- \text{Gehalt} \\ &= \text{Gewinnprognose} \end{aligned}$$

Sicherheit statt „Blindflug“!



## DAS KÖNNEN NICHT VIELE VORWEISEN:

- 19 Jahre Erfahrung mit allen 17 Kassenärztlichen Vereinigungen
- 3.200 aktuelle Mandanten
- 13.000 erfolgreich beratene Kunden als Erfahrungsschatz

## 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 beziehungsweise Jahr sicher erreichen.





WAS GIBT'S NEUES?

# BUNDESWEITE REGELUNGEN ZUM 01.04.2021

## 1.2 Das Wichtigste zu den Corona-Impfungen in den Praxen

Die Impfungen in den Praxen sind gestartet. Haus- und Fachärzte dürfen impfen. Grundlegend soll auch in den Praxen die Impfpriorisierung eingehalten werden. Ärzte bekommen hier aber eine gewisse Flexibilisierung für ihre Patienten zugestanden. Wie immer gibt es jedoch in den Bundesländern teilweise unterschiedliche Regelungen.

Es sind derzeit noch nicht alle Impfstoffe in der ambulanten Versorgung verfügbar. Vorrangig werden nun die Impfstoffe der Hersteller BioNTech/Pfizer und Astra Zeneca an die Praxen verteilt. Impfstoffe für die Erstimpfung werden generisch ohne Benennung des Vakzins und Herstellers und Impfstoffe für Zweitimpfungen mit Angabe des Herstellers und/oder Vakzins in der benötigten Menge bestellt.

Um die entsprechenden Impfleistungen abzurechnen, lesen Sie bei GKV-Versicherten die eGK ein. Ein Sonderschein ist hier nicht notwendig. Lediglich für Privatpatienten und Patienten ohne eGK wird ein Ersatzfall über das Bundesamt für Soziale Sicherheit angelegt. In einigen KVn (Hessen, Rheinland-Pfalz, Sachsen) kann es auch eine andere ministeriale oder kommunale Einrichtung sein. Bitte informieren Sie sich.

Die notwendige Dokumentation aufgrund der Coronavirus-Impfverordnung ist untergliedert in eine tägliche und eine quartalsweise Dokumentation. Täglich muss der Impfarzt melden, wie viele Erst- und Zweitimpfungen er mit welchem Impfstoff durchgeführt hat und wie viele Patienten davon über 60 Jahre alt waren. Dies erfolgt über das Impfportal der KBV. Der zweite Teil der Dokumentation erfolgt über die Imp fziffern in der Quartalsabrechnung. Die Corona-Imp fziffern sind so gestaltet, dass dem Arzt hier schon ein Großteil der Dokumentation abgenommen wird. So ist durch die Ziffern erkennbar, welcher Impfstoff verwendet wurde (fünfte Stelle der Ziffer) und welcher Personengruppe der Patient angehört (Buchstabenergänzungen). Lediglich die Chargennummer muss separat eingetragen werden.

## 1.2 Corona-Sonderregelungen erneut bis mindestens Ende Juni verlängert

Zahlreiche Sonderregelungen wurden erneut bis mindestens zum 30. Juni verlängert, einige bis Ende September. Zudem sind zwei neue Regelungen für die Telefonkonsultation und die Chronikerpauschale rückwirkend zum 01.01.2021 verabschiedet worden.

Verlängerung bis zum 30.06.2021	
NEU: Telefonkonsultationen	Zuschläge für telefonische Beratungen nach 01433/01434 sind rückwirkend ab 01.01.2021 für alle Ärzte auch <b>neben der Versicherten-/Grundpauschale</b> abrechnungsfähig.
NEU: Chronikerpauschale	Der 2. Chroniker-Kontakt 03221/ 04221 darf abgerechnet werden, auch wenn dieser telefonisch oder per Video stattgefunden hat. Die Regelung gilt rückwirkend zum 1. Januar 2021
Videosprechstunde	weiterhin ohne Mengenbegrenzung
telefonische AU-Bescheinigungen	bis zu 7 Kalendertage, für bekannte und unbekannte Patienten, bei leichten Erkrankungen der oberen Atemwege
Ambulant spezialfach- ärztliche Versorgung	die ASV kann auch weiterhin über eine telefonische Beratung für alle Patientengruppen erfolgen
U-Untersuchungen	die Untersuchungszeiträume ab U6 sind ausgesetzt
QS-Maßnahmen	Qualitätssicherungs-Maßnahmen können weiterhin von den KVn für einzelne Leistungen ausgesetzt werden – bitte fragen Sie bei Ihrer KV nach
Austauschmöglich- keiten bei Arzneimitteln	Apotheken haben mehr Möglichkeiten zum Austausch von Arzneimitteln, auch wenn beispielsweise das Aut-Idem-Kreuz gesetzt ist
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
Erstattung Portokosten	Für folgende Formulare wird über die GOP 88122 das Porto erstattet: AU-Bescheinigungen, Folgeverordnungen Arzneimittel, häusliche Krankenpflege und Heilmittel; Überweisungen und Verordnungen Krankentransport



1.2 Corona-Sonderregelungen (Fortsetzung)

Befristung bis zum 30.09.2021	
Folgeverordnungen per Telefon	nach telefonischer Anamnese, postalischer Versand an den Patienten, gilt für häusliche Krankenpflege, Heil- und Hilfsmittel, Krankentransport
Heilmittelverordnungen	Anwendungen können innerhalb von 28 Tagen begonnen werden
Vorlagefrist bei der Krankenkasse	10 Arbeitstage Zeit, Verordnungen zur Genehmigung bei der Krankenkasse vorzulegen, gilt für Häusliche Krankenpflege, Soziotherapie, SAPV
Verordnung häuslicher Krankenpflege	können bis zu 14 Kalendertage rückwirkend ausgestellt werden
Gültigkeit von Heilmittelverordnungen	verlieren ihre Gültigkeit nicht, auch wenn eine Behandlung für 14 Tage unterbrochen wird

Gilt bis zum Ende der epidemischen Lage	
Krankentransporte für COVID-Patienten	genehmigungsfrei, aber auf Muster 4 kennzeichnen, Transport muss nicht aufschiebbar und zwingend medizinisch notwendig sein
Entlass-Management	Verordnungen aus dem Krankenhaus bis zu 14 Tage gültig



Anonymous  
PATIENT

VOICE:Feed

MEDICAL SERVICE SEARCHING OPERATION ON 07-07-20770

DDD BLOOD-BALANCE-PRESSURE



X-RAY

MED:A1  
ZONE:A

CAM:A1

BLOOD-BALANCE-PRESSURE

DETAILS-AREA-CODE-A



ZONE:A

TIME:A

TIME:B



RESOURCE GATHERER POWER-A

ROTATION-BALANCE-SPEED

INFORMATION



ELEVATION-SPACE SECTION-TOP

PACIENT

WES TONDAY:0001

X-RAY



OFF

RESOURCE GATHERER SUPPORT

Anonymous

## 1.3 Sonderregelungen 01433/01434 und Chroniker rückwirkend ab 01.01.2021

### Telefonkonsultation 01433/01434

Angesichts der hohen Infektionszahlen mit dem Coronavirus haben KBV und GKV-Spitzenverband die aus dem letzten Quartal bekannte Möglichkeit der Telefonkonsultation neu angepasst. Nun gelten wichtige Änderungen in der Abrechnung für die Zusatzziffern 01433 und 01434. Die neuen Regelungen gelten rückwirkend ab dem 01.01.2021 und sind zunächst bis zum 30.06.2021 befristet.

- Die 01434 fällt auch neben der Versichertenpauschale nicht mehr in das haus- bzw. kinderärztliche Gesprächsbudget. Die Begrenzung der Häufigkeit je Arztfall (6 x pro Arztfall) bleibt bestehen.
- Die 01434 darf jetzt auch bei den übrigen Fachgruppen im gleichen Quartal neben der Grundpauschale abgerechnet werden. Die Begrenzung der Häufigkeit je Arztfall bleibt bestehen.
- Die 01433 gilt für die neuro-psychiatrischen Fachgruppen, die nach Kapitel 14, 16, 21, 22 und 23 EBM abrechnen. Hier wird kein Punktzahlvolumen mehr für die Gesprächsleistungen inklusive der 01433 gebildet. Die Begrenzung der Häufigkeit je Arztfall (20 x pro Arztfall) bleibt bestehen.

### Chronikerzuschlag 03221 oder 04221

Haus- und Kinderärzte können diesen Zuschlag auch bei mind. einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt und einem zusätzlichen Video- oder Telefonkontakt im Quartal abrechnen. Das heißt, der Patient muss in der Praxis nicht zweimal im Quartal persönlich vorstellig werden. Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und ein telefonischer- oder Videokontakt sind ausreichend.

## 2 Neuigkeiten aus der Welt der Digitalisierung

### Elektronischer Heilberufsausweis

Der elektronische Heilberufsausweis (eHBA) kommt für viele zukünftige Anwendungen der Telemedizininfrastruktur (TI) zum Einsatz. Bis spätestens zum 30. Juni 2021 muss bei der jeweiligen KV ein Nachweis erbracht haben, dass der eHBA vorhanden ist. Herausgegeben wird der eHBA über die zuständige Ärztekammer.

Momentan hat eine Mehrzahl von Ärzten den Ausweis noch nicht beantragt. Bis jetzt fehlte es schlichtweg an Anwendungen, die den eHBA erforderten. Doch in den kommenden Monaten werden viele TI-Anwendungen, wie elektronisches Rezept und elektronische Patientenakte in den Arztpraxen Einzug halten, die nur in Verbindung mit einem eHBA genutzt werden können.

#### Wissenswert:

Bitte beachten Sie, dass nach der Antragsstellung mit einer längeren Wartezeit bis zum endgültigen Vorliegen zu rechnen ist. Momentan beträgt diese bis zu zwei Monate. Bei Fristversäumnis droht ab Juli 2021 ein Honorarabzug von 1 %.

### Neue Technikpauschale für TI-Anwendungen

KBV und GKV-Spitzenverband haben sich auf neue Technikpauschalen für die elektronische Patientenakte (ePA) und das elektronische Rezept (eRezept) geeinigt. Rückwirkend zum 1. Oktober 2020 erhalten Praxen außerdem für ein zusätzliches stationäres Kartenterminal eine höhere Erstattung. Diese sind für das Notfalldatenmanagement und den elektronischen Medikationsplan auch in den Behandlungsräumen notwendig.

Um die Anwendungen nutzen zu können, sind auch weitere Updates nötig. Für die ePA werden ein weiteres, noch im zweiten Quartal erhältliches Konnektor-Update sowie ein Modul für das Praxisverwaltungssystem (PVS) notwendig sein.

Um zukünftig das eRezept in den Praxisalltag zu integrieren, ist lediglich eine Anpassung im PVS notwendig.

2

Förderungen für TI-Anwendungen im Überblick:	
Erstausstattung der Praxis – einmalig	Betrag
Erstausstattungs pauschale für den Konnektor und ein stationäres Kartenterminal	1.549,00 €
Starterpauschale für PVS-Update, Installation, Schulung, Ausfallzeiten und zusätzlicher Aufwand	900,00 €
Pauschale für mobiles Kartenterminal (Anspruch bei mindestens 3 Hausbesuchen/Quartal und/oder Kooperationsvertrag zur Pflegeheimbetreuung oder Patientenversorgung in ausgelagerten Praxisräumen)	350,00 €
Ausstattung weiterer TI-Anwendungen – einmalig	Betrag
Update auf den E-Health-Konnektor mit PVS-Update für das NFDM und eMP	530,00 €
zusätzliches Kartenterminal NFDM / eMP (Anspruch für ein neues Kartenterminal je angefangene 625 Betriebsstättenfälle)	595,00 €
Update für den ePA-Konnektor	400,00 €
PVS-Anpassung ePA	150,00 €
PVS-Anpassung eRezept	120,00 €
Einrichtung Kommunikationsdienst KIM	100,00 €
Laufende Betriebskosten – quartalsweise	Betrag
Pauschale für Wartung Konnektor und VPN-Zugangsdienst	248,00 €
Pauschale für den Praxisausweis (ein Ausweis gilt je Praxis, ein Ausweis für jedes mobile Kartenterminal)	23,25 €
Pauschale für den eHBA	11,63 €
Zuschlag für den NFDM / eMP	4,50 €
Zuschlag für die ePA	4,50 €
Zuschlag für das eRezept	1,00 €
Pauschale für KIM (gilt je Praxis)	23,40 €

## 2 Neuigkeiten aus der Welt der Digitalisierung (Fortsetzung)

### Vergütung bei Verordnungen von Gesundheits-Apps

Die Verordnung digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA) ist geregelt. Um eine DiGA auf Rezept verordnen zu können, muss diese im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gelistet sein. Patienten erhalten eine App auf Rezept ab 18 Jahren, für Kinder und Jugendliche ist diese Verordnung nicht gestattet.

Eine DiGA wird über das Arzneimittelrezept ausgestellt. Die neue Ziffer 01470 darf auch im Rahmen einer Videosprechstunde angesetzt werden. Werden einem Patienten mehrere DiGAs verordnet, kann die Ziffer zudem mehrfach im Behandlungsfall angesetzt werden. Hierfür wird bei der Abrechnung der Name der verordneten DiGA im Begründungsfeld mit angegeben.

Ziffer	Beschreibung	Punktwert	Wert in Euro
01470	Verordnung einer dauerhaft gelisteten DiGA	18	2,00 €

Für eine erste DiGA wurde eine spezifische Ziffer 01471 festgelegt. Verwendet wird diese ausschließlich für die Web-Anwendung „somnio“. Somnio kommt bei Ein- und Durchschlafstörungen zum Einsatz. Die Ziffer kann für Verlaufskontrollen und bei Auswertungsgesprächen, auch im Rahmen einer Videosprechstunde, angesetzt werden.

Ziffer	Beschreibung	Punktwert	Wert in Euro
01471	Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA somnio	64	7,12 €

Die Vergütung ist extrabudgetär und kann auch rückwirkend zum 1. Januar erfolgen. Da die Beschlussfassung zur Abrechnung erst Mitte März erfolgte, informieren Sie sich bei der KV, wie die Abrechnung nachträglich erfolgen kann.

### Übermittlung elektronischer Briefe nur noch über KIM-Dienste

Ab 01.04.2021 dürfen Arztbriefe nur noch über einen zugelassenen KIM-Dienst (Kommunikation im Medizinwesen) übermittelt werden. Die Übermittlung über andere Dienste wird nicht mehr vergütet. Eine Liste der zugelassenen Dienste ist über die Homepage der KBV einsehbar. Spätestens zum 01.10.2021 wird dieser Dienst auch für die elektronische AU benötigt.



### 3 Abschaffung Muster 40 – Doku Krebsfrüherkennung Mann

Der Dokumentationsvordruck Muster 40 für die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Männern wurde zum 01.04.2021 abgeschafft. Dies hat den Hintergrund, dass die Nutzung des Musters nicht mehr vorgeschrieben ist und die Dokumentation der Untersuchungsergebnisse in der Patientenakte erfolgen soll. Bitte denken Sie daran, dass sich an dem grundsätzlichen Dokumentationsanfordernis nichts geändert hat.

### 4 Sonderregelung zur Dokumentation für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme Darm- und Zervixkarzinom

Der Bewertungsausschuss hat eine befristete Sonderregelung getroffen, die die Dokumentation der organisierten Krebsfrüherkennungsprogramme für das Darm- und das Zervixkarzinom betrifft. Die GOPs für die Untersuchungen sind auch dann berechnungsfähig, wenn die Übermittlung der Dokumentationen für das 4. Quartal 2020 nicht erfolgen konnte. Diese Daten müssen auch nicht nachgereicht werden.

Für das gesamte Jahr 2021 muss die Übermittlung der Dokumentationsdaten bis spätestens 28.02.2022 erfolgen. Die Dokumentation für 2021 muss also nachgereicht werden.

Diese Sonderregelung gilt befristet vom 01.10.2020 bis 31.12.2021 – also für fünf Quartale.

### 5 Hochdosierter Grippeimpfstoff für Patienten ab 65

Ältere Patienten, ab 60 Jahren, sollen in der kommenden Grippezeit mit einem hochdosierten Impfstoff geschützt werden. Hochdosiert bedeutet: die Patienten erhalten einen Vierfach-Grippeimpfstoff, der jeweils die vierfache Menge an Antigen enthält als in standarddosierten Grippeimpfstoffen. Bislang wurde dieser Impfstoff erst ab einem Alter von 65 Jahren empfohlen. Die Stiko hatte ihre Impfempfehlung angepasst und die Altersgrenze reduziert. Der G-BA ist dieser Empfehlung gefolgt.

**Für die Praxis:** Da viele Ärzte bereits vor der Beschlussfassung des G-BA den Influenza-Impfstoff für die Saison 2021/2022 bestellt hatten und diese Bestellungen nicht storniert werden können, hat das BMG klargestellt, dass Patienten ab 60 Jahren nicht zwingend den hochdosierten Influenza-Impfstoff erhalten müssen.

Ärzte sind nicht verpflichtet, den neuen Impfstoff vorrätig zu haben, denn der Anspruch eines Patienten auf eine Grippe-Impfung wird mit dem standarddosierten Impfstoff erfüllt.

Mit der aktuellen Rechtsverordnung des G-BA vom 8. März wurde außerdem klargestellt, dass der Hochdosis-Impfstoff Efluelda® – trotz der deutlich höheren Kosten – als wirtschaftlich gilt. DMP mit neuer Teilnahme- und Einwilligungserklärung ab 01.04.2021





6

## DMP mit neuer Teilnahme- und Einwilligungserklärung ab 01.04.2021

Die bisherigen Teilnahme- und Einwilligungserklärungen (TE/EWE) für Disease-Management-Programme (DMP) sind weiterentwickelt worden. Ab April gilt für die Einschreibung nur noch eine TE/EWE. Insofern müssen Praxen nur noch ein Formular zur Einschreibung ins DMP verwenden. Das neue indikationsübergreifende Formular wird wie gewohnt bestellt.

Auf dem neuen Formular befinden sich die Ankreuzmöglichkeiten für alle DMP-Indikationen, auch für die neuen DMP, die regional noch nicht abschließend geregelt sind und somit in den Praxen noch keine Anwendung finden.

Bisherige DMP	Neue DMP
Diabetes mellitus Typ 1	Herzinsuffizienz
Diabetes mellitus Typ 2	Rückenschmerz
Koronare Herzkrankheit	Depression
Asthma	Osteoporose
COPD	Rheumatoide Arthritis
Brustkrebs	

### Für die Praxis:

Eine Einschreibung in die neuen DMP ist erst dann möglich und gültig, sobald ein Vertrag für die jeweilige Indikation in Kraft tritt. Erst dann darf die für die Einschreibung notwendige Dokumentation erstellt werden. Das neue Formular gilt bereits ab April, unabhängig davon, wann die neuen DMP in Kraft treten und in den KVn umgesetzt werden.

7

## Hepatitis-B- und C-Screening im Rahmen der GesU

Das Screening auf Hepatitis B und C wird fester Bestandteil des Gesundheits-Check-ups. Gesetzlich Versicherte ab dem 35. Lebensjahr haben im Rahmen eines Gesundheits-Check-up einmalig Anspruch zur Testung auf die Viruserkrankungen Hepatitis B und Hepatitis C. Ziel ist es, symptomlos oder schleichend verlaufende Infektionen frühzeitig zu erkennen. Aktuell wird im Bewertungsausschuss die Höhe der Vergütung verhandelt. Sobald die Abrechnungsziffer feststeht, können Patienten die Leistung in Anspruch nehmen.

### Für die Praxis:

Patienten, deren Gesundheits-Check-up weniger als drei Jahre zurückliegt, können das neu eingeführte Hepatitis-Screening separat nachholen oder beim nächsten regulären Check-up mit durchführen.

Sollten Patienten einer möglichen Risikogruppe angehören ist es allerdings auch jetzt schon möglich, über die GesU hinaus, Patienten auf Hepatitis B und C testen lassen.

## 8 Langfristiger Heilmittelbedarf für weitere Diagnosen

Der G-BA hat die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf um sieben Diagnosen erweitert. In dieser Liste führt der G-BA die Krankheiten auf, bei denen aufgrund der Schwere der Erkrankung von einem erhöhten Heilmittelbedarf ausgegangen wird. Besteht ein langfristiger Heilmittelbedarf, kann eine Verordnung wiederholt für jeweils 12 Wochen ausgestellt werden.

In der Diagnoseliste sind folgende Krankheitsbilder ergänzt worden:

- Guillain-Barré-Syndrom
- Normaldruckhydrozephalus
- Arthropathia haemophilica,
- Ehlers-Danlos-Syndrom
- Osteogenesis imperfecta,
- angeborene Fehlbildungssyndrome vorwiegend an den Extremitäten
- schwere Verbrennungen oder Verätzungen

Außerdem hat der G-BA im Bereich der Ergotherapie bei zwei Diagnosegruppen die Höchstmenge der Verordnung heraufgesetzt. Damit soll die Versorgungssituation speziell von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen besser berücksichtigt werden.

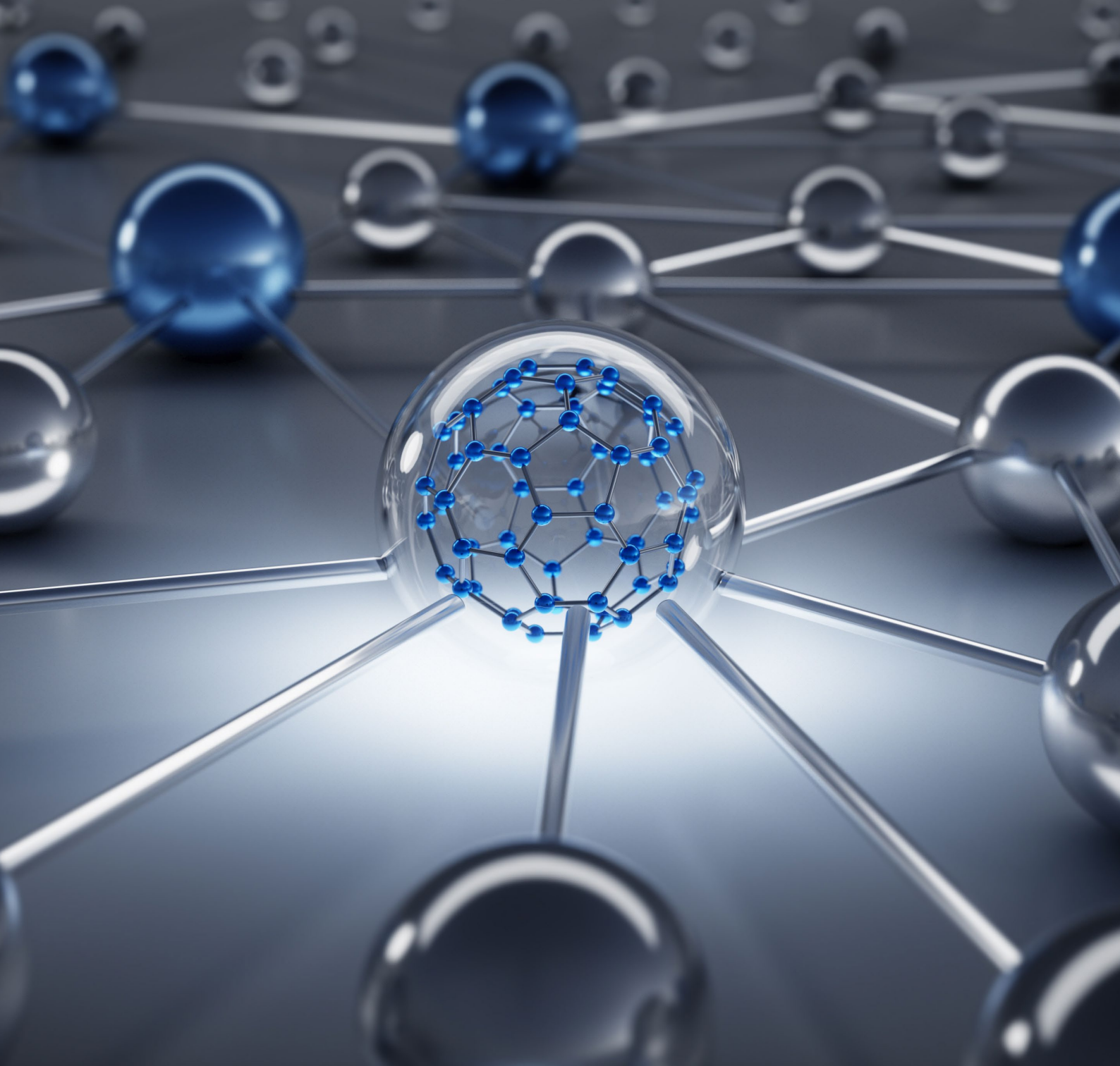
### Für die Praxis:

Die Kosten der langfristigen Heilmittel-Verordnungen werden nicht dem Verordnungsvolumen der Praxis hinzugerechnet und unterliegen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

## 9 Ausblick ab 3/2021 und darüber hinaus

### Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Kassen kündigen den Vertrag zu Rahmenvorgaben für die Verordnung von Arzneimitteln – was bedeutet dies ab Oktober für Ihre Verordnungen? Wir halten Sie auf dem Laufenden!



# WAS GIBT'S NEUES?

## KV-SPEZIFISCHE REGELUNGEN ZUM 01.04.2021

### BW BADEN-WÜRTTEMBERG

#### Förderungswürdige Leistungen werden ohne Vorbehalt vergütet

Seit dem ersten Quartal 2021 werden alle förderungswürdigen Leistungen wieder ausbezahlt. Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) hat dem Vertrag jetzt zugestimmt. Im vergangenen Jahr wurden diese Leistungen vom BAS beanstandet und konnten somit nicht vergütet werden.

Als förderungswürdige Leistungen gelten u.a. die Substitutionsleistungen, Leistungen der NäPa, die Chronikerpauschale, die U3-Untersuchung, Pricktests sowie Besuche in Pflegeheimen.

Quelle: [www.kvbawue.de/praxis/aktuelles/nachrichten-zum-praxisalltag/news-artikel/news/foerderungswuerdige-leistungen-ab-dem-1-quartal-2021-ohne-vorbehalt-verguetet/](http://www.kvbawue.de/praxis/aktuelles/nachrichten-zum-praxisalltag/news-artikel/news/foerderungswuerdige-leistungen-ab-dem-1-quartal-2021-ohne-vorbehalt-verguetet/)



### BY BAYERN

#### Vertrag mit der AOK Bayern für die „besondere Versorgung von Patienten bei chronischer Niereninsuffizienz“ für die Region Mittelfranken

Die KV Bayern hat mit der AOK Bayern einen Selektivvertrag abgeschlossen, aktuell beschränkt sich dieser auf den Bezirk Mittelfranken. Der Vertrag zielt auf alle Risikopatienten für eine chronische Niereninsuffizienz, sowie bereits chronisch Nierenerkrankte mit einem GRF-Stadium G1 bis G5 (ohne Dialyse), die noch nicht nephrologisch betreut werden. Teilnehmen können Hausärzte und Nephrologen.

Quelle: [www.kvb.de/abrechnung/verguetungsvertraege/chronische-nierenerkrankungen/](http://www.kvb.de/abrechnung/verguetungsvertraege/chronische-nierenerkrankungen/)



BE BERLIN

### Neue Impfvereinbarung mit der AOK Nordost tritt ab April 2021 in Kraft

Ab April tritt eine neue Impfvereinbarung mit der AOK Nordost in Kraft. Die Vergütungen wurden von Euro-Preisen auf Punkte umgestellt, so dass diese zum Jahresbeginn automatisch um den geltenden Punktwert steigen.

Zudem sind einige Schutzimpfungen in der Vergütung neu vereinbart worden. Beispielsweise wird die HPV-Impfung ab April deutlich höher vergütet, auch die 4-fach bzw. 6-fach-Impfungen werden besser vergütet. Die bekannten Symbolnummern bleiben unverändert.

- HPV-Impfung 9,30 Euro, bis 31.03.2021 7,81 Euro
- 4-fach-Impfung (MMRV) 10,60 Euro, bis 31.03.2021 10,40 Euro
- 6-fach-Impfung 19,80 Euro, bis 31.03.2021 10,60 Euro

Quelle: [www.kvberlin.de/fuer-praxen/aktuelles/praxis-news/detailansicht/pn210217?tx\\_web2pdf\\_pi1%5Baction%5D=&tx\\_web2pdf\\_pi1%5Bargument%5D=printPage&tx\\_web2pdf\\_pi1%5Bcontroller%5D=Pdf](http://www.kvberlin.de/fuer-praxen/aktuelles/praxis-news/detailansicht/pn210217?tx_web2pdf_pi1%5Baction%5D=&tx_web2pdf_pi1%5Bargument%5D=printPage&tx_web2pdf_pi1%5Bcontroller%5D=Pdf)



### Auswärtige Sonderkostenträger über KV nicht mehr abrechenbar

Sonderkostenträger, die außerhalb des KV-Bezirks Berlin Ihren Dienstsitz haben, konnten aus Kulanz bisher über die Quartalsabrechnung abgerechnet werden. Dafür fehlte zum Teil jegliche vertragliche Grundlage. Nun hat die KV Berlin entschieden, dass die Abrechnung über die KV ab dem 1. April nicht mehr möglich ist. Die Leistungen werden in der sachlich-rechnerischen Richtigstellung gestrichen. Zu den auswärtigen SKT zählen u.a. auswärtige Jugendämter, Stadtverwaltungen sowie Ausländerbehörden. Für die Praxis bedeutet das, in diesen Fällen die Rechnung direkt an den jeweiligen Sonderkostenträger zu stellen.

Quelle: [www.kvberlin.de/fuer-praxen/aktuelles/praxis-news/detailansicht/pn210303?tx\\_web2pdf\\_pi1%5Baction%5D=&tx\\_web2pdf\\_pi1%5Bargument%5D=printPage&tx\\_web2pdf\\_pi1%5Bcontroller%5D=Pdf](http://www.kvberlin.de/fuer-praxen/aktuelles/praxis-news/detailansicht/pn210303?tx_web2pdf_pi1%5Baction%5D=&tx_web2pdf_pi1%5Bargument%5D=printPage&tx_web2pdf_pi1%5Bcontroller%5D=Pdf)





## BE BERLIN (Fortsetzung)

### Neue onkologische Leistungen für TK-Versicherte

Zum 1. Februar gilt ein neuer Vertrag in der ambulanten onkologischen Versorgung. Krebserkrankte TK-Versicherte sollen besondere medizinische Leistungen erhalten. Dabei handelt es sich um Biomarkertests, die einmalig durchgeführt werden können. Gleichzeitig muss allerdings auch eine definierte Quote an Biosimilarverordnungen erreicht werden. Teilnehmen können alle FÄ für Innere Medizin mit dem SP Hämatologie und Internistische Onkologie; FÄ für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Quelle: [www.kvberlin.de/fuer-praxen/aktuelles/praxis-news/detailansicht/pn210305?tx\\_web2pdf\\_pi1%5Baction%5D=&tx\\_web2pdf\\_pi1%5Bargument%5D=printPage&tx\\_web2pdf\\_pi1%5Bcontroller%5D=Pdf](http://www.kvberlin.de/fuer-praxen/aktuelles/praxis-news/detailansicht/pn210305?tx_web2pdf_pi1%5Baction%5D=&tx_web2pdf_pi1%5Bargument%5D=printPage&tx_web2pdf_pi1%5Bcontroller%5D=Pdf)



## BR BRANDENBURG

### Meningokokken B-Impfung für Kinder- und Jugendliche - BARMER

Seit dem 1. Januar 2021 können Kinder und Jugendliche bis zum 18. Geburtstag auf Kosten der Krankenkasse gegen Meningokokken B geimpft werden. Dabei wird in der Abrechnung hinsichtlich der Indikation unterschieden. Zum einen gilt die bekannte Ziffer 89914, sollte es sich um eine geplante Auslandsreise handeln. Neu ist, dass in allen anderen Fällen die Ziffer 89914B abgerechnet werden kann. Vergütet wird die Impfung jeweils mit 15 Euro.

Quelle: [www.kvbb.de/praxis/ansicht-news/article/satzungsimpfvereinbarung-mit-der-barmer/159/archive/2021/](http://www.kvbb.de/praxis/ansicht-news/article/satzungsimpfvereinbarung-mit-der-barmer/159/archive/2021/)



## BE BREMEN

### Meningokokken B-Impfung für Kinder- und Jugendliche - BARMER

Kinder und Jugendliche bis zum 18. Geburtstag können auf Kosten der BARMER-Ersatzkasse gegen Meningokokken B geimpft werden. Die Impfung wird mit 15 Euro extrabudgetär vergütet und über die Ziffer 99015 abgerechnet. Der Impfstoff wird über das Muster 16 mit dem Namen des Patienten verordnet, zu kennzeichnen ist das Rezept mit „Gebühr frei“.

Quelle: [www.kvhb.de/vereinbarung-zur-meningokokken-b-impfung](http://www.kvhb.de/vereinbarung-zur-meningokokken-b-impfung)



VIActiv Teilnahme Hausarztvertrag zum 31.12.2020 beendet.

## NR NORDRHEIN

### Katarakt-OP über 99555 mit 210 €

Seit dem 1. Januar 2021 wird die Katarakt-Operation über die Ziffer 99555 abgerechnet und mit einem Gesamtbetrag komplett vergütet. Dazu hat die KV Nordrhein mit den nordrheinischen Krankenkassen einen Vertrag vereinbart. Pauschal werden 210 € vergütet. In die Pauschale fallen neben der Vergütung einer (Standard-)Linse, alle weiteren Sachkosten, die bislang über den Sprechstundenbedarf im Zusammenhang mit Katarakt-Operationen bezogen wurden.

Quelle: [www.kvno.de/meta-navigation/suche/news/nachricht/katarakt-neue-sachkostenpauschale-seit-dem-1-januar-2021](http://www.kvno.de/meta-navigation/suche/news/nachricht/katarakt-neue-sachkostenpauschale-seit-dem-1-januar-2021)



## RP RHEINLAND-PFALZ

### BKK Pfalz zahlt Sonographie für die Brust

Die BKK Pfalz bietet als Sonderleistung die Sonografie der Brust an. Dafür werden von der Krankenkasse für die erweiterte Vorsorgeleistung bis maximal 100 Euro pro Kalenderjahr bei Vorliegen bestimmter Risikofaktoren übernommen. Die Patientinnen reichen die Originalrechnung bei ihrer BKK Pfalz ein, die dann die Kosten erstattet.

Quelle: [www.aerztezeitung.de/Politik/BKK-Pfalz-zahlt-fuer-Sonografie-der-Brust-416337.html](http://www.aerztezeitung.de/Politik/BKK-Pfalz-zahlt-fuer-Sonografie-der-Brust-416337.html)



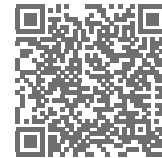
S

## SACHSEN

### Neuer Vertrag mit AOK Plus – Unterstützung digitaler Versorgungsanwendungen

Um neue Versorgungsangebote zu etablieren, haben AOK PLUS und die KV Sachsen den „Rahmenvertrag zur Umsetzung von digital gestützten Versorgungsanwendungen“ verabschiedet. Der Vertrag ist zum 1. Januar 2021 in Kraft getreten. Ziel ist es, digitale Versorgungsanwendungen zu fördern. Gestartet wird mit dem Versorgungsmodul „Qualitätsmanagement“, darin gegliedert sind der eArztbrief und die elektronische Patientenunterstützung. Alle Vertragsärzte aus Sachsen nehmen automatisch teil, eine Einschreibung ist nicht notwendig.

Quelle: [www.kvs-sachsen.de/mitglieder/vertraege/rahmenvertrag-digitalisierung-ab-01012021-kvs-aok-plus/](http://www.kvs-sachsen.de/mitglieder/vertraege/rahmenvertrag-digitalisierung-ab-01012021-kvs-aok-plus/)



SH

## SCHLESWIG-HOLSTEIN

### Neue Vereinbarung mit der IKK Nord, Abrechnung zusätzlicher Impfleistungen

Die IKK Nord hat mit der KVSH eine Vereinbarung zur Abrechnung von Reiseimpfungen geschlossen. Dazu zählen die Cholera-Impfung, FSME, Gelbfieber, Hep. A und B, Typhus, Japanische Encephalitis, Meningokokken, Tollwut und die Malaria-Prophylaxe.

Zudem kann die Meningokokken B-Impfung ohne Alterseinschränkung sowie die HPV-Impfung angeboten werden.

Quelle: Nordlicht Aktuell 1/2 / 2021

#### Hinweis:

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





WIR SIND GERNE FÜR SIE DA!





2021 – EIN JAHR MIT RETTUNGSSCHIRM?



KEINE SORGE ...  
MIT UNSEREN NEUEN  
SPEZIALAUSWERTUNGEN FÜR IHRE ABRECHNUNG  
LANDEN SIE WEICH UND 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](mailto:info@aac-ag.de)

SPRECHEN SIE UNS AN!