

AAC *Magazin*

KV ODER HzV?

NEUES ZU KV-ABRECHNUNG UND HONORAR AUF EINEN BLICK



AUSGABE NR. 11 – Q4 2021

NR. 11 – Q4 2021

INHALT

Leistungen der AAC: KV oder HzV?	4
Praxistipp Neupatienten	10
Bundesweit gültige Regelungen zum 01.10.2021	12
KV-spezifische Regelungen zum 01.10.2021	28

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

MAGAZIN ALS PDF
www.aac-ag.de/magazin

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

BILDNACHWEISE

Seite 1+9+36 © ipopba - stock.adobe.com
Seite 10 © sebra - stock.adobe.com
Seite 12 © zaie - stock.adobe.com
Seite 18 © Zinetron - stock.adobe.com
Seite 23 © Pixel-Shot - stock.adobe.com
Seite 28 © Liudmila Dutko - stock.adobe.com
Seite 33 © pressmaster - stock.adobe.com

DRUCK
MG-Print
32051 Herford

LAYOUT
Olaf Brandmeyer
32257 Bünde

KUNDENMAGAZIN DER AAC PRAXISBERATUNG AG

WILLKOMMEN

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,

die Corona-Pandemie ist noch nicht vorbei. Doch anders als im Herbst 2020 sind maßgeblich durch die Leistung der niedergelassenen Ärzteschaft viele Bürger geimpft. Insbesondere die vulnerablen Patienten müssen jetzt noch einmal durch eine Auffrischimpfung immunisiert werden. Insgesamt hat sich unser ambulantes System der Patientenversorgung aber doch - allen Unkenrufen zum Trotz – als grundsolide und leistungsstark gezeigt.

Corona hat aber erhebliche Schleifspuren in der Finanzsituation der Kassen hinterlassen. Deshalb ist beim Honorarabschluss für 2022 die Vermeidung der von Kassenseite vehement geforderten Nullrunde schon als Verhandlungserfolg der KBV zu werten.

Da die Praxiskosten, insbesondere die MFA-Gehälter, allerdings deutlich stärker als der Orientierungswert steigen, ist es wichtiger denn je, im **KV-System** vollständig und korrekt, d. h. möglichst ohne Absetzungen abzurechnen.

Auch die Chancen des **Terminservice- und Versorgungsgesetzes** (TSVG) müssen genutzt werden. Hier haben die Offenen Sprechstunden für die meisten grundversorgenden Fachärzte eine besondere betriebswirtschaftliche Bedeutung.

Für Hausärzte kann die Teilnahme an den Verträgen der **Hausarztzentrierten Versorgung (HzV)** eine betriebswirtschaftlich interessante Option darstellen. Wir stellen aufgrund der vielen Fragen, die uns erreicht haben, in dieser Ausgabe noch einmal ausführlicher unser neues Beratungsangebot vor. Es lohnt sich fast immer zwei Eisen – KV und HzV – im Feuer zu haben. Welches Eisen wie zu schmieden ist – wir sagen es Ihnen.

Ab sofort bieten wir für Sie Analysen mit Beratung zur HzV-Abrechnung an! Wir starten zunächst in Baden-Württemberg, weitere KV-Bereiche folgen.

Natürlich stehen wir auch in diesem Quartal an Ihrer Seite und unterstützen Sie und Ihr Team bestmöglich durch eine engmaschige Steuerung der Abrechnung.

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 und eine sichere Abrechnung wünschen

Dr. Georg Lübben

Dr. Tino Lippmann

Markus Kottmann

Holger Söffge

LEISTUNGEN DER AAC KV ODER HzV?

STEUERUNG DER ABRECHNUNG VON LEISTUNGEN IN BEIDEN SYSTEMEN

Bereits im letzten Kundenmagazin hatten wir kurz auf unsere neue Beratungsleistung zur HzV-Abrechnung aufmerksam gemacht. Daraufhin haben uns viele Anfragen erreicht.

Die Frage, wie die Abrechnung von Leistungen im KV- und HzV-System strategisch sinnvoll gesteuert werden kann, treibt viele unserer Kunden um. Daher geben wir Ihnen gern an dieser Stelle noch einmal einen ausführlicheren Einblick in unsere HzV-Beratung.

WIR GEBEN IHNEN ORIENTIERUNG

Sie kennen uns bereits als Experten für die KV-Abrechnung. Mit unserer Unterstützung haben wir bisher das KV-System für Sie entschlüsselt und steuerungsfähig gemacht.

Etwas Vergleichbares bieten wir Ihnen nun für das HzV-System an. Denn auch hier gibt es je nach KV sehr unterschiedliche Hausarztverträge mit unterschiedlichen Abrechnungsregeln. Damit weisen die HzV-Verträge heute eine ähnlich hohe Komplexität auf wie das KV-System. Die Zeiten einer Abrechnung „auf einem Bierdeckel“ sind lange vorbei.



WIR BEANTWORTEN DIE DREI ENTSCHEIDENDEN FRAGEN, DIE NAHEZU ALLE PRAXEN STELLEN:

1. Welche HzV-Verträge lohnen sich für meine Praxis?
2. Wie viele Patienten soll ich pro Vertrag einschreiben?
3. Welche Patienten soll ich pro Vertrag einschreiben?

WIR SCHAFFEN TRANSPARENZ

Für viele von Ihnen ist es relevant zu wissen, wo Sie stehen. Eine **Standortbestimmung** durch den Vergleich von **Umsätzen** und **Fallwerten** für das aktuelle Quartal und der im Verlauf erwirtschafteten Honorare im HzV-System versus KV-System sind der erste Schritt, der wichtige Schlussfolgerungen ermöglicht.

Wir können Ihnen den Überblick im Verlauf in einer Gesamtbetrachtung geben:

KAP. 1.2 HONORAR-UND SCHEINZAHLENTWICKLUNG KV-HZV

PRAXIS

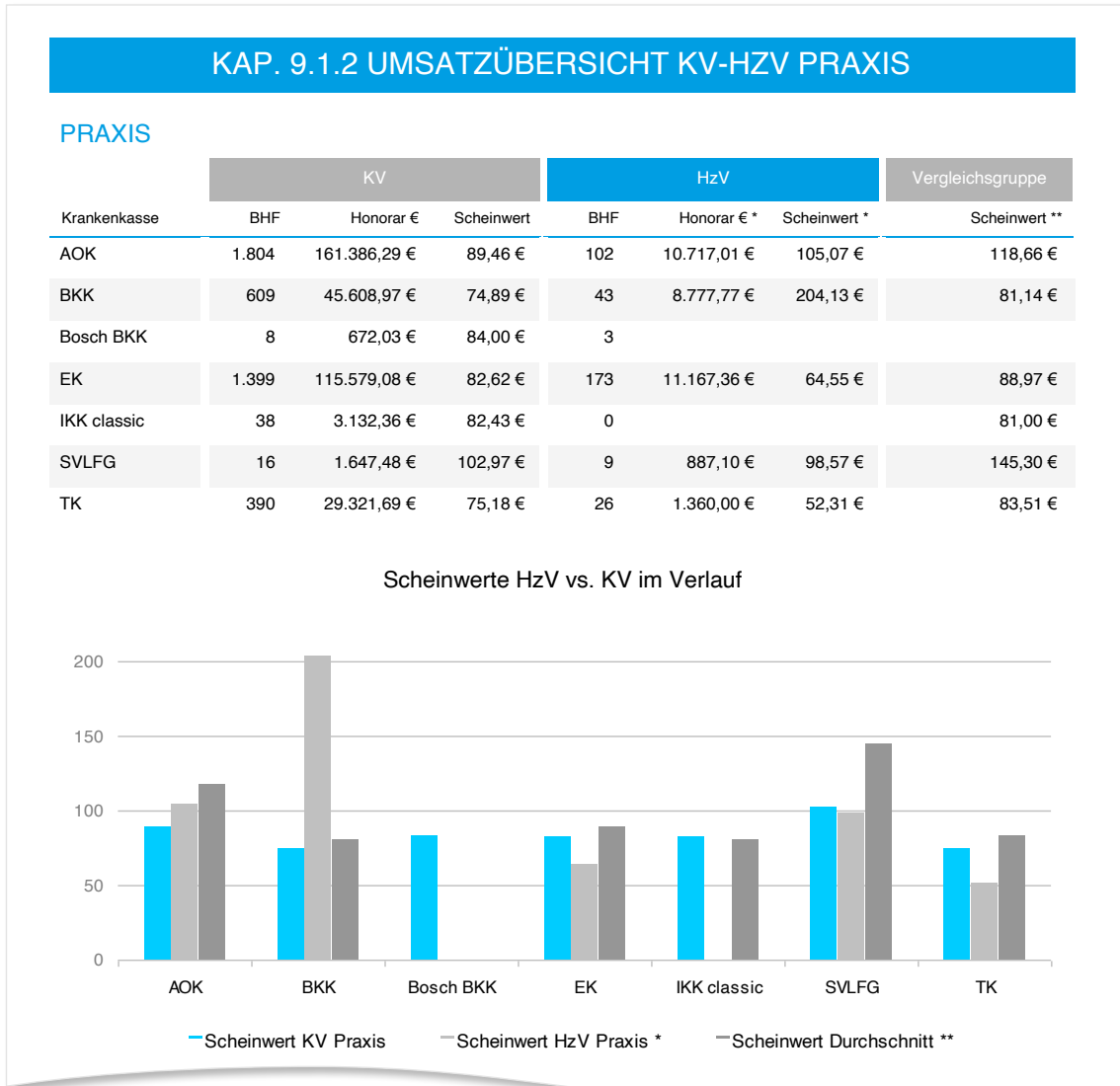
	2/2020	3/2020	4/2020	1/2021	2/2021
Patienten HzV eStatistik*	314	381	325	330	330
Patienten HzV markiert	320	346	335	328	356
Patienten KV	3.551	4.150	4.000	3.799	4.488
Gesamt (KV und eStatistik)	3.865	4.531	4.325	4.129	4.818

	2/2020	3/2020	4/2020	1/2021	2/2021
Honorar HzV*	29.580,74 €	39.647,26 €	31.243,25 €	32.909,24 €	32.909,24 €
Honorar KV	257.480,21 €	294.492,56 €	304.905,64 €	306.614,19 €	371.101,82 €
Gesamt	287.060,95 €	334.139,82 €	336.148,89 €	339.523,43 €	404.011,06 €

	2/2020	3/2020	4/2020	1/2021	2/2021
Scheinwert HzV*	94,21 €	104,06 €	96,13 €	99,72 €	99,72 €
Scheinwert KV	72,51 €	70,96 €	76,23 €	80,71 €	82,69 €
Scheinwert / €	74,27 €	73,75 €	77,72 €	82,23 €	83,85 €

LEISTUNGEN DER AAC – KV ODER HzV?

Ebenso können Sie nur für das **aktuelle Quartal** auf Ebene der einzelnen HzV-Verträge sehen, wo Sie aktuell stehen:



Eine graphische Aufbereitung unterstützt hier die Erfassung der Analyseergebnisse.

WIR HELFEN IHNEN BEI DER STEUERUNG

Übersichten zu

- ★ Fallzahlen,
- ★ Leistungen,
- ★ Potenzial- und
- ★ Hinweislisten für Schwerpunkte wie Chroniker, Geriatrie oder Psychosomatik

geben einen Überblick über die berechnungsfähigen Leistungen. Dazu arbeiten wir beispielsweise mit einer **Patientenliste** für alle HzV-Verträge und alle Patienten zur **Leistungskontrolle** am Quartalsende.

KAP. 5.0 GESAMTPOTENTIAL HZV



Patienten mit HzV-Markierung, die für die genannten Schwerpunkte qualifizierende Diagnosen und/oder das entsprechende Alter haben

AOK											Patienten	77
Patientennummer	Name, Vorname	Geburtsdatum	Psychosomatik	Chroniker	Multi-morbidität	Geriatrie	Palliativ akt.	Palliativ Verlauf	Onkologie	VKA		
1234	Aba*, Al*	03.1942		★								
1235	Aca*, Ar*	06.1938		★								
2345	Ade, Eg*	01.1957		★								
4567	Bhe*, Il*	09.1956		★								
1346	Bie*, Ro*	01.1955		★								
1398	Bjo*, He*	09.1954		★								
1278	Bze*, Ur*	02.1958		★								
9813	Cai*, Ca*	04.1969	★	★								
9513	Fae*, Di*	12.1960		★								
953	Fri*, Br*	09.1941		★								
785	Fzw*, Kl*	12.1942		★								
356	Gai*, Er*	02.1943		★								
9465	Ger*, Wi*	04.1944		★								

Verschiedene **Einzellisten** können durch das Praxispersonal vor Abgabe der Abrechnung kontrolliert und ggf. korrigiert werden. So kann sichergestellt werden, dass eine vollständige Abrechnung abgegeben wird.

KAP. 5.2.1 HzV CHRONIKER POTENTIALLISTE



Liste aller Patienten mit einer chronischen Diagnose im aktuellen Quartal

Patienten gesamt

209

Bitte beachten Sie die Abrechnungsbestimmungen des jeweiligen HzV-Vertrages.

AOK

Patienten

77

MARIA MUSTERFRAU, 321123456

Patientennummer	Name, Vorname	Geburtsdatum
1234	Aab*, Al*	03.1942
2345	Abc*, Eg*	01.1953
3456	Bde*, Ro*	01.1954
4567	Ffe*, Di*	12.1965
5678	Fgh*, Kl*	12.1946
6789	Gij*, Er*	09.1947
7890	Glk*, Al*	05.1938
122	Hab*, Ju*	03.1969
123	Hcd*, Ka*	09.1961
126	Kef*, He*	06.1932
167	Kgh*, Wa*	04.1933
245	Kij*, Er*	09.1954

Patientennummer	Name, Vorname	Geburtsdatum
456	Aac*, Ar*	06.1931
478	Bav*, Il*	09.1952
489	Caa*, Ca*	04.1963
567	Fge*, Br*	09.1944
523	Gae*, Er*	02.1945
2341	Gkl*, Ri*	09.1956
2678	Haa*, Ri*	04.1957
273	Hac*, Mi*	07.1968
3414	Hcr*, He*	11.1959
4441	Keg*, Lo*	09.1930
1789	Kra*, Ha*	04.1931
8754	Kmn*, He*	09.1952
434	Lan*, Ge*	04.1933

WIR UNTERSTÜTZEN SIE

Zur Steuerung gehört auch, dass Sie Transparenz bekommen, welche Patienten mit welchen Leistungsprofilen betriebswirtschaftlich besser im HzV- bzw. KV-System versorgt werden können. Das hängt zum einen von Ihren Qualifikationen und Praxisschwerpunkten, zum anderen von den Abrechnungsbedingungen in den einzelnen HzV-Verträgen ab.

LEISTUNGEN DER AAC – KV ODER HzV?

KV ODER HzV?

Die Antwort auf die Frage nach KV oder HzV kann damit nicht per se für das eine und gegen das andere System zu beantworten sein.

Ja nach Praxis wird es fast immer heißen: KV und HzV, aber eben in unterschiedlichen Abstufungen.

Es lohnt sich zwei Eisen im Feuer zu haben. Welches Eisen wie zu schmieden ist – wir sagen es Ihnen. Wir geben Ihnen gern eine Einschätzung und stellen Ihnen unser neues Beratungsangebot vor.



HABEN WIR IHR INTERESSE GEWECKT?

Dann sprechen Sie bitte Ihren Berater an. Durchblick und Transparenz für die HzV folgen.



PRAXISTIPP

NEUPATIENTEN

DISKREPANZEN MARKIERUNG/NICHT-MARKIERUNG NEUPATIENTEN AAC VS. PRAXISSOFTWARE

Seit dem 3. Quartal 2021 besteht die **Verpflichtung** für den Leistungserbringer **Neupatienten** sowie Patienten in der offenen Sprechstunde zu **kennzeichnen**. Auch wenn Ihre KV möglicherweise diese Pflicht für Sie übernimmt, empfehlen wir Ihnen, dennoch die Patienten selbst in dem dazugehörigen Feld in Ihrer Praxissoftware zu markieren.

Vorteil ist: Wir können Ihnen dann genau sagen, für wie viele Patienten Sie in dem Auswertungsquartal eine extrabudgetäre Vergütung erhalten.

Neupatienten, die nicht von Ihnen markiert wurden, von unserem System aber als solche erkannt werden, erhalten Sie von uns als Übersicht für die Kennzeichnung in Ihrem PVS. Sollte es hier Diskrepanzen geben, kann es daran liegen, dass die entsprechenden **Kennzeichnungsfelder nicht in die Abrechnungsdatei** übertragen wurden und damit von unserem System nicht ausgelesen werden können.

Bitte sprechen Sie in solchen Fällen unbedingt Ihren Systembetreuer an, denn diese Markierungen sind dann auch für die KV nicht sichtbar!

WAS GIBT'S NEUES?

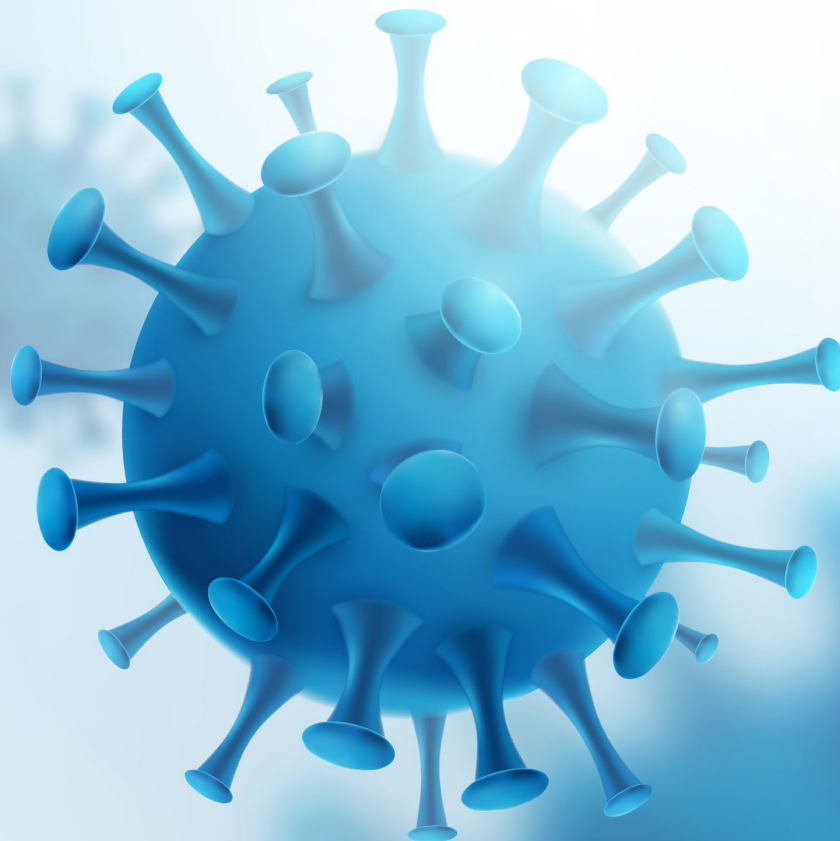
BUNDESWEITE REGELUNGEN ZUM 01.10.2021

CORONA-SPEZIAL

1

Corona-Sonderregelungen behalten bis Ende 2021 ihre Gültigkeit

Mit Blick auf die kommende Wintersaison und angesichts der zu langsam voranschreitenden Impfkampagne sowie der leichten Übertragbarkeit der Delta-Variante, werden die meisten Corona-Sonderregelungen unverändert fortgeführt. Welche Sonderregelungen gelten und wie lange sie befristet sind, lesen Sie nachfolgend:



1

Befristung bis zum 31.12.2021*	
Folgeverordnungen per Telefon	nach telefonischer Anamnese, zusätzlich postalischer Versand an den Patienten, gilt für häusliche Krankenpflege, Heil- und Hilfsmittel, Krankentransporte sowie Überweisungen, Arzneimittelverordnungen
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 Heilmittel-Verordnungen	Gültigkeit bleibt erhalten, auch wenn eine Behandlung für 14 Tage unterbrochen wird
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
DMP	quartalsbezogene Kontrolluntersuchungen dürfen ausfallen, sofern dies medizinisch vertretbar ist
U-Untersuchungen	U6 bis U9 dürfen durchgeführt und abgerechnet werden, auch wenn die vorgegebenen Untersuchungszeiträume und Toleranzzeiten überschritten wurden
Entlass-Management	Verordnungen aus dem Krankenhaus bis zu 14 Tage gültig
QS-Maßnahmen	Qualitätssicherungs-Maßnahmen können weiterhin von den KVen für einzelne Leistungen ausgesetzt werden – bitte fragen Sie bei Ihrer KV nach
Telefonkonsultationen	Zuschläge für telefonische Beratungen nach 01433/01434 zur 01435 und/oder Versicherten-/Grundpauschale weiterhin möglich
Videosprechstunde	weiterhin ohne Mengenbegrenzung

Befristung bis zum 31.05.2022*	
Austauschmöglichkeiten bei Arzneimitteln	Apotheken haben die Möglichkeit zum Austausch von Arzneimitteln, auch wenn aut-idem gesetzt ist
BtM-Rezeptformulare	sind in Ausnahmen übertragbar und von anderen Ärzten anwendbar
Substitutionstherapie	Verordnungen für bis zu 7 Tage möglich, Folgerezepte auch ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt

* vorbehaltlich Fristverlängerungen aufgrund der weiteren Entwicklung des Infektionsgeschehens

2 Wegfall der kostenlosen Bürgertestung

Am 11. Oktober ist die neue Corona-Testverordnung in Kraft getreten. Nach dieser entfallen die kostenlosen Bürgertestungen und sind nur noch in Ausnahmefällen gültig. Ausnahmen sind:

- Kinder unter 12 Jahren oder die in den letzten drei Monaten vor Testung erst 12 geworden sind,
- Personen, die aufgrund einer medizinischen Kontraindikation in den letzten drei Monaten vor Testung nicht gegen das Coronavirus geimpft werden können,
- Schwangere im ersten Schwangerschaftsdrittel,
- Personen, die sich wegen einer nachgewiesenen Corona-Infektion selbst in Quarantäne begeben mussten, wenn die Testung zur Beendigung der Absonderung notwendig ist.

Für diese Personengruppen muss ein ärztliches Zeugnis als Anspruchsberechtigung für die kostenfreie Testung ausgestellt werden. Dieses kann der Arzt mit der Ziffer 88315 abrechnen und erhält dafür 5 EUR. Dazu ist die Portoziffer 88316 berechnungsfähig (90 Cent), wenn das Zeugnis postalisch an den Patienten übermittelt wird.

Noch bis zum 31.12.2021 haben folgende Personengruppen Anspruch auf eine kostenlose Testung:

- Kinder- und Jugendliche im Alter von 12 – 17 Jahren
- Schwangere
- Studierende aus dem Ausland, die sich für ein Studium in Deutschland aufhalten und mit einem in Deutschland nicht anerkannten Impfstoff geimpft wurden

Wichtig:

Alle anderen präventiven Tests von

- Kontaktpersonen von Infizierten,
- Personen, nach Auftreten von Infektionen in Einrichtungen und Unternehmen und
- zur Verhütung der Verbreitung des Coronavirus insbesondere in Einrichtungen des Gesundheitswesens

können wie gehabt durchgeführt werden und die Kosten werden erstattet.

Quelle: https://www.kbv.de/html/1150_54887.php

3 Reha-Angebot bei Long-Covid-Syndrom – 35 € Honorar für den ärztlichen Befundbericht

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) bietet für erwerbstätige Patienten mit Long-Covid-Syndrom eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme an. Der Antrag erfolgt durch den Patienten selbst. Voraussetzung ist, dass der Patient erwerbsfähig und nicht krankenhauspflchtig ist.

Motivieren Sie Ihre betroffenen Patienten zu einer entsprechenden Antragsstellung, wenn Funktionseinschränkungen vorliegen, die sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken. Dabei sind funktionelle Beeinträchtigungen wie bspw. Luftnot bei minimalen Anstrengungen wie Treppensteigen, Sprachstörungen oder Konzentrationsschwäche vorrangig zu bewerten.

Als Unterstützung für den Antrag können Ärzte den bundeseinheitlichen Befundbericht der Deutschen Rentenversicherung – Formular S0051 ausfüllen. Honoriert wird dieser Befundbericht von der Rentenversicherung mit 35 Euro, die Abrechnung erfolgt direkt auf dem Formular.

4 Orientierungspunktwert für 2022 festgelegt

Der Orientierungspunktwert (OPW) wird zum 1. Januar 2022 um 1,275 Prozent – auf 11,2661 Cent angehoben. Diese Entscheidung wurde durch den erweiterten Bewertungsausschuss beschlossen.

Damit steigt die Gesamtvergütung aufgrund der Anhebung des Orientierungspunktwerts um ca. 540 Mio. Euro und liegt etwa in der gleichen Höhe, wie die Jahre zuvor. Die KBV konnte sich an dieser Stelle nicht mit Ihrer Forderung von einer Erhöhung des OPW um ca. 3% durchsetzen.

Zusätzliche Honorarsteigerungen in Höhe von ca. 60 Mio. Euro sind aufgrund der Anpassung der Veränderungsdaten bei Morbidität und Demographie zu erwarten. Diese verteilen sich aber regional sehr unterschiedlich. So werden die Stadtstaaten Hamburg, Berlin und Bremen aufgrund des starken Zuzugs jüngerer Bevölkerung kaum von dieser Steigerung profitieren.

5 ePA – Abrechnungsziffer für Erstbefüllung steht

Seit Anfang 2021 steht Ärzten für die Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) eine Vergütung in Höhe von 10,00 EUR zu. Seit Juli sind die Ärzte dazu verpflichtet, auf Wunsch des Patienten diese Erstbefüllung vorzunehmen. Bisher gab es aber keine Abrechnungsziffer. Der GKV-Spitzenverband, die KBV, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausesellschaft haben nun die Details geklärt und die Pseudoziffer 88270 festgelegt.

Alle Abrechnungsziffern zur ePA finden Sie hier noch mal im Überblick:

Ziffer	Leistung	Inhalt	Wert	Häufigkeit
88270	Erstbefüllung einer ePA	Erstbefüllung mit medizinischen Daten und Dokumenten	10,0 €	einmalig pro Patient
01647	Zusatzpauschale zur Grund-/Versichertenpauschale für ePA-Unterstützungsleistungen	<ul style="list-style-type: none"> Erfassung und/oder Verarbeitung und/oder Speicherung medizinischer Daten aus dem aktuellen Behandlungskontext in der ePA 	1,67 €	einmal im Behandlungsfall
01431	Zusatzpauschale ePA zu den GOP 01430, 01435 und 01820 für ePA-Unterstützungsleistungen	<ul style="list-style-type: none"> Prüfung, ob Gründe oder sonstige Rechte Dritter einer Übermittlung in die elektronische Patientenakte entgegenstehen Prüfung und ggf. Ergänzung der zu den Dokumenten gehörenden Metadaten 	0,33 €	höchstens 4 x im Arztfall

6

Die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)

Die papiergebundene AU hat ausgedient. Ab 01.10.2021 sind die niedergelassenen Ärzte verpflichtet Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen elektronisch direkt an die Krankenkassen zu versenden.

Da es zu Verzögerungen bei der technischen Umsetzung zur eAU kam, haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Krankenkassen eine Übergangsregelung beschlossen. Danach haben Praxen, in denen die technischen Voraussetzungen zum 1. Oktober noch nicht stehen, die Möglichkeit bis Ende des Jahres 2021 noch das alte Muster 1 zu nutzen. Ab 2022 muss dann aber der digitale Übertragungsweg funktionieren.

Für die Praxis:

Im PVS wird wie bisher die AU aufgerufen und befüllt. Danach wird das Dokument elektronisch signiert. Dies erfolgt mittels eHBA und PIN-Eingabe. Die Patienten bekommen weiterhin einen Papiausdruck für sich und den Arbeitgeber – allerdings nicht mehr auf Muster 1, sondern lediglich als formlose Ausdrucke aus dem Praxisverwaltungssystem (PVS). Die eAU darf auch im Rahmen der Videosprechstunde erstellt werden.

Wichtig zu beachten ist, dass bei der Ausstellung einer eAU im Rahmen von Hausbesuchen die digitale Übermittlung bis zum Ende des nachfolgenden Werktages notwendig ist. Ist dies auch dann nicht möglich, muss die eAU postalisch an die Krankenkasse versendet werden. Dazu wurde explizit eine neue Portoziffer geschaffen. Ebenfalls gibt es Fälle, in denen der Versand der eAU an den Patienten abgerechnet werden darf.

Portoziffern eAU

Ziffer	Leistung	Wert
40128	Versand an den Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde	0,81 €
40130	Versand an die Krankenkasse, wenn nach Ausstellung festgestellt wird, dass die Datenübermittlung an die Kasse nicht möglich ist und dies auch nicht bis Ende des folgenden Werktags nachgeholt werden kann	
40131	Versand an den Patienten im Zusammenhang mit der Durchführung eines Besuchs	



7

eRezept – zum 01.01.2022 Pflicht

Mit dem elektronischen Rezept (eRezept) steht jetzt ein echter Meilenstein der Digitalisierung vor dem Start. Da es jedoch in den Testphasen noch nicht rund lief, wird in der Pilotregion Berlin-Brandenburg die Testung noch einmal bis 30.11.2021 verlängert. Vor diesem Hintergrund ist die freiwillige bundesweite Anwendung ab 01.10.21 auch auf Eis gelegt. Bisher wird aber an dem Termin zur verpflichtenden Ausstellung eines eRezepts ab 01.01.2022 festgehalten.

Ärzte und Patienten müssen dann das eRezept für Verordnungen von apothekenpflichtigen Arzneimitteln, die von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bezahlt werden, nutzen.

Bei Haus und Heimbereitsuchen sowie in bestimmten Ausnahmefällen z.B. technische Störungen, Verordnungen im Ersatzverfahren, Haus- und Heimbereitsuche verwenden Praxen weiterhin das Papierrezept (Muster 16).

Auch für andere Verordnungen, wie Heil- und Hilfsmittel, DiGA oder Betäubungsmittel bleiben zunächst die dafür vorgesehenen Papiermuster bestehen. Hier folgt erst in zeitlicher Abstufung bis 2026 die Einführung weiterer eRezeptanwendungen.

Für die Praxis:

Bereits im November bieten wir Ihnen und Ihrem Praxisteam Kompaktseminare über die Online-Plattform Teams dazu an. Hier informieren wir Sie gern ausführlicher über die Fakten zum eRezept. Eine gesonderte Einladung erhalten Sie dazu von Ihrem Praxisberater in den nächsten Tagen.

8

Anschubförderung Videosprechstunde entfällt – Authentifizierung neuer Patienten verlängert

Ab dem 1. Oktober entfällt die Anschubförderung für Videosprechstunden. Die Ziffer (01451) wurde durch die KVen automatisch zugewiesen, sofern eine Praxis mindestens 15 Videosprechstunden im Quartal abgerechnet hat.

Hingegen wurde der Zuschlag für die „Authentifizierung neuer Patienten“ im Rahmen der Videosprechstunde, über die Ziffer 01444, verlängert. Noch bis Ende 2022 ist die Ziffer unverändert gültig. Ziel ist es, bis dahin die technische Möglichkeit zur Stammdatenerfassung digital zu versorgender Neupatienten zu implementieren.

Für die Praxis:

Neben der jeweiligen Grund- oder Versichertenpauschale ist der Technikzuschlag über die 01450 abrechenbar. Die Videosprechstunde ist jedoch erst dann ansetzbar, wenn diese bei der KV angezeigt wurde. Auf Grund der fortbestehenden Corona-Pandemie ist diese Regelung in einigen KVen ausgesetzt. Ebenso gilt die Mengenbegrenzung in Bezug auf die Fallzahlen bis Ende des Jahres nicht.

Beachtenswert:

Während der Videosprechstunde können zudem Ton- und Bildaufzeichnungen angefertigt werden, sofern beide Seiten damit einverstanden sind. Dies kann beispielsweise für die Dokumentation der Videobehandlung hilfreich sein.

9

DiGA-Verordnungen nach Ziffer 01470 jetzt für alle gelisteten DiGA

In der Anlage 34 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) wurde eine neue Vereinbarung zu digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) aufgenommen. Darin sind die ärztlichen Leistungen sowie deren Vergütung im Zusammenhang mit den DiGAs geregelt. So besagt der neue Passus, dass auch DiGAs, die zur Erprobung in das Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgenommen wurden, vergütet werden.

Hier noch mal als Erinnerung:

Ziffer	Leistung	Wert
40131	<p>Zusatzpauschale für das Ausstellen einer Erstverordnung einer digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) aus dem Verzeichnis gemäß § 139e SGB V, einmal im Behandlungsfall</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei Erstverordnungen mehrerer DiGAs mehrmals berechnungsfähig (Angabe einer Begründung) • Auch im Rahmen der Videosprechstunde berechnungsfähig • zeitlich befristete GOP vom 1. Januar 2021 bis 31. Dezember 2022 	2,00 €

Gut zu wissen:

Die 01470 bezieht sich ausschließlich auf die Verordnung einer DiGA. Verlaufskontrollen sind nicht Bestandteil dieser Leistung. Aktuell wird ausschließlich die DiGA somnio (Anwendung bei Insomnie) bei einer Verlaufskontrolle über die Ziffer 01471 honoriert.

10 Screening auf Hepatitis B und C-Virusinfektion mit 01734 oder 01744

Patienten ab 35 Jahren haben seit dem 1. Oktober den einmaligen Anspruch auf ein Hepatitis- B und C-Screening. Das Screening ist von nun an Bestandteil der Gesundheitsuntersuchung. Unentdeckte, da zunächst symptomlos oder schleichend verlaufende Hepatitis-B oder Hepatitis-C-Infektionen, sollen erkannt werden, um gravierende Spätfolgen wie Leberzirrhose oder Leberkrebs frühzeitig zu vermeiden. Die Abrechnung erfolgt über die Ziffern 01734 als Zuschlag zur 01732.

Im Rahmen einer Stufendiagnostik wird beim Hepatitis-B-Screening zunächst die Untersuchung auf das Oberflächenprotein HBs-Antigen durchgeführt. Das Hepatitis-C-Screening erfolgt über den HCV-Antikörper-Suchtest. Bei einem positiven Screening-Befund erfolgt die molekularbiologische Bestätigungsdagnostik mittels PCR zum Nachweis viraler DNA bzw. RNA aus derselben Blutprobe.

Patienten, deren Gesundheitsuntersuchung nach dem 13.02.2018 stattfand, profitieren von einer gesonderten Übergangsregelung. Unabhängig von einer Gesundheitsuntersuchung gilt auch hier der einmalige Anspruch auf das Screening. Hierfür ist dann die 01744 anzusetzen statt der 01734.

Ziffer	Leistung	Wert
01734	Zuschlag zur 01732 für ein Screening auf Hepatitis-B und/oder Hepatitis-C <ul style="list-style-type: none"> • für Patienten ab 35 Jahren • einmal berechnungsfähig 	4,56 €
01744	Screening auf Hepatitis-B und/oder auf Hepatitis-C im Rahmen einer Übergangsregelung <ul style="list-style-type: none"> • für Patienten ab 35 Jahren, bei denen eine GU nach GOP 01732 im Zeitraum zwischen 13.02.2018 und 30.09.2021 stattfand 	4,56 €

11 Pertussis-Impfung und Rhesusprophylaxe neu im Mutterpass

Seit 2020 ist die Pertussis-Impfung von Schwangeren Kassenleistung. Alle Schwangeren sollen sich in jeder Schwangerschaft, unabhängig vom Abstand einer vorherigen Pertussis-Impfung, impfen lassen. Vor diesem Hintergrund wurde nun auch der Mutterpass angepasst – ab wann der neu angepasste Mutterpass beim Gemeinsamen Bundesausschuss bestellt werden kann, ist jedoch noch nicht bekannt.

In dem neuen Pass finden sich zudem Ausfüllfelder für die gezielte Rhesusprophylaxe (siehe AAC-Magazin Ausgabe Nr. 10 Q 3-21), die nun ebenfalls Kassenleistung bei Schwangeren mit negativem Rhesusfaktor ist. Herausgenommen wurde die routinemäßige Untersuchung auf asymptomatische Bakteriurie.



12

Anspruch auf ärztliche Zweitmeinung vor Eingriffen an der Wirbelsäule

Künftig haben Patienten Anspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung, die vor einem bestimmten planbaren operativen Eingriff an der Wirbelsäule stehen. Zu den planbaren Operationen an der Wirbelsäule zählen:

- die Osteosynthese und Spondylodese,
- die knöcherne Dekompression,
- Facettenoperationen,
- Verfahren zum Einbringen von Material in einen Wirbelkörper,
- die Exzision von Bandscheibengewebe sowie
- die Implantation einer künstlichen Bandscheiben-Endoprothese.

Folgende Fachärzte dürfen für diese Indikationen nach Genehmigung eine Zweitmeinung abgeben:

- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Orthopädie
- Chirurgie mit der Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie
- Neurochirurgie
- Physikalische und Rehabilitative Medizin
- Neurologie
- Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Anästhesiologie
(jeweils mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“)

Der Beschluss wird noch durch das Bundesministeriums geprüft und sollte Ende des Jahres in Kraft treten.

13 Anpassung Onkologie-Vereinbarung

Die Onkologie-Vereinbarung, die Anlage des Bundesmantelvertrages Ärzte ist, wurde zum 01.10.2021 angepasst und ergänzt.

So wurde klargestellt, dass die Kostenpauschale 86520 für die orale Tumorthherapie künftig auch für die Hormonbehandlung im metastasierten Stadium verwendet werden darf. Dies ist insbesondere für Urologen und Gynäkologen mit der Qualifikation der medikamentösen Tumorthherapie eine sehr wichtige Klarstellung. Nicht in diese Erweiterung hingegen fallen adjuvante Therapien mit endokrin wirksamen Medikamenten im Rahmen der Nachsorge sowie Therapien zur Behandlung von Knochenkrankungen.

Auch haben die Urologen zukünftig die Möglichkeit die „Active Surveillance“, d.h. die engmaschige Überwachung beim Prostatakarzinom als Therapieoption über die Kostenpauschale 86512 im Rahmen der Onkologie-Vereinbarung abzurechnen. Active Surveillance ist bereits in der entsprechenden S3-Leitlinie als Therapieoption verankert.

Zusätzlich wurde die Indikation der paroxysmalen nächtlichen Hämoglobinurie (auch Marchiafava-Micheli-Syndrom) aufgenommen. Sofern hier eine Therapie mit monoklonalen Antikörpern erfolgt, ist die Kostenpauschale 86516 abrechenbar. Die Abrechnung dieser Indikation über die Onkologie-Vereinbarung ist jedoch erst einmal auf acht Quartale beschränkt und wird evaluiert.

Hinweis für die Praxis

Um an der Onkologie-Vereinbarung teilzunehmen und entsprechende Leistungen abzurechnen, bedarf es einer Genehmigung der KV und die Teilnahme an regelmäßigen Fortbildungen.

14 Unterkieferprotrusionstherapie ab jetzt Kassenleistung

Die Unterkieferprotrusionsschiene kommt bei einer obstruktiven Schlafapnoe zum Einsatz. Vorausgesetzt, die Überdrucktherapie war erfolglos und der verordnende Arzt verfügt über die Abrechnungsgenehmigung der Polygraphie und/oder Polysomnographie. Seit dem 1. Oktober kann die Schiene zulasten der Krankenkasse verordnet werden.

Dazu hat der Bewertungsausschuss zwei neue Gebührenordnungspositionen (GOP) in den EBM aufgenommen. Die Einleitung der Therapie wird über die 30902 abgerechnet, die Koordination mit dem Vertragszahnarzt zur Anfertigung und Anpassung erfolgt über die Ziffer 30905. Die Vergütung erfolgt jeweils extrabudgetär. Auch die bereits bestehenden Leistungen der kardiorespiratorischen Polygraphie bzw. kardiorespiratorischen Polysomnographie wurden in diesem Zusammenhang angepasst.

Ziffer	Leistung	Wert
30900U	Kardiorespiratorische Polygraphie gemäß Stufe 3 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Patienten zur Wirksamkeitskontrolle nach einer Erstanpassung einer Unterkieferprotrusionsschiene oder zur Verlaufskontrolle einer Therapie mittels Unterkieferprotrusionsschiene	71,20 €
30901U	Kardiorespiratorische Polysomnographie gemäß Stufe 4 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Patienten zur Wirksamkeitskontrolle nach einer Erstanpassung einer Unterkieferprotrusionsschiene oder zur Verlaufskontrolle einer Therapie mittels Unterkieferprotrusionsschiene	352,75 €
30902	Einleitung einer Zweitlinientherapie mittels Unterkieferprotrusionsschiene bei obstruktiver Schlafapnoe <ul style="list-style-type: none"> • Einmal im Krankheitsfall 	7,23 €
30905	Zusatzpauschale für die Koordination mit dem Vertragszahnarzt im Rahmen der Therapie mit einer Unterkieferprotrusionsschiene <ul style="list-style-type: none"> • zweimal im Krankheitsfall 	7,23 €

Für die Praxis:

Auch die Ziffern 30900 und 30901 hat der Bewertungsausschuss angepasst. Diese werden extrabudgetär vergütet, sofern die Leistung im Zusammenhang mit der Schiene erfolgt. Dafür müssen die Ziffern mit dem Suffix „U“ gekennzeichnet werden.

15 Neue Gruppenangebote für Psychotherapie 35173-35179, 35163-35169

Ob Oktober ist die Gruppenpsychotherapie um neue Angebote ergänzt. Neu ist die gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, mit drei bis neun Teilnehmern, zur Vorbereitung auf eine Gruppenpsychotherapie und zur ersten Symptomlinderung. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär über die neuen Ziffern 35173 bis 35179 (je nach Gruppengröße).

Zudem können probatorische Sitzungen im Gruppensetting durchgeführt und über die neuen Ziffern 35163 bis 35169 (je nach Gruppengröße) angesetzt werden. Auch diese Leistungen werden extrabudgetär vergütet.

Weitere Anpassungen im EBM ermöglichen die gemeinsame Leitung der Richtlinien-Gruppenpsychotherapie und Probatorik im Gruppensetting durch zwei Therapeuten. Außerdem können Gruppenpsychotherapie-Patienten und Gruppen-Probatorik-Patienten in gemischten Gruppensitzungen gleichzeitig behandelt werden.

16 Ausblick ab Januar 2022 und darüber hinaus

- Verpflichtende Umsetzung des eRezept
- Ausstellung der eAU nur noch mit eHBA möglich
- Neue Honorarregelungen für Berlin



WAS GIBT'S NEUES?

KV-SPEZIFISCHE REGELUNGEN ZUM 01.10.2021

BY BAYERN

Automatische Kennzeichnung von Neupatienten ab Quartal 3/2021

Seit dem 1. Juli besteht im Rahmen des TSVG eine Pflicht zur Kennzeichnung aller Neupatienten. In Bayern übernimmt die KV diese Kennzeichnung und fügt eigenständig die Pseudoziffer 99873N hinzu.

Neupatienten müssen über das PVS nicht gekennzeichnet werden, zudem entfällt die bis dahin gültige Ziffer 99873E.

Beachten Sie dazu auch unseren Praxistipp auf Seite 11 in dieser Ausgabe!

Quelle: www.kvb.de/abrechnung/honorar/honorar-tsvg/



Vergütungen DMP Diabetes mellitus Typ 1 angepasst

Zum 1. Juli 2021 wurde der DMP-Vertrag für Diabetes mellitus Typ 1 in seiner Vergütung hin angepasst. Sowohl die Betreuungspauschalen als auch die Schulungsleistungen werden höher vergütet.

Quelle: www.kvberlin.de/fuer-praxen/alles-fuer-den-praxisalltag/vertrage-und-recht/vertraege/dmp-diabetes-mellitus-typ-1

„Hallo Baby“ Vertrag der BKKn mit neuen Leistungen

Seit dem 1. Juli 2021 ist es möglich, die Videosprechstunde anzubieten. Zudem ist ein zweiter Toxoplasma-Test und ein Beratungsgespräch, zur Förderung der natürlichen Geburt, Bestandteil des Vertrags.

Quelle: www.kvberlin.de/fuer-praxen/alles-fuer-den-praxisalltag/vertrage-und-recht/vertraege/hallo-baby-kbv

Förderprogramm zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung

Die KV Berlin hat ein Förderprogramm für die hausärztliche Versorgung in unterversorgten Bezirken (mit einem Versorgungsgrad unter 90 Prozent) ins Leben gerufen. In den Bezirken Marzahn-Hellersdorf, Lichtenberg und Treptow-Köpenick werden zukünftig KV-eigene Einrichtungen etabliert. Beschäftigte Ärzte haben zu einem späteren Zeitpunkt die Option, die Praxis zu übernehmen. Starten soll das Projekt im zweiten Halbjahr 2022.

Außerdem bietet die KV weitere finanzielle Förderungen bei Neuniederlassungen, für Zweigpraxen, für angestellte Ärzte sowie für Weiterbildungen des Praxispersonals in den unterversorgten Bezirken an.

Quelle: www.kvberlin.de/fuer-praxen/zulassen-niederlassen-in-berlin/foerdermoeglichkeiten

ND NIEDERSACHSEN

IKK beendet Rahmenvertrag zu Schutzimpfungen bei beruflichen Auslandsaufenthalten

Die IKK hat den seit 1995 bestehenden Vertrag für Schutzimpfungen bei berufsbedingten Auslandsaufenthalten beendet. Ab dem 1. Oktober 2021 können die Leistungen über die Ziffern 89150 und 89156 nicht mehr abgerechnet werden.

Quelle: KVN-Rundschreiben August 2021

RP RHEINLAND-PFALZ

TK tritt dem Adipositas-Vertrag „Gesundheit PLUS“ bei

Seit zwei Jahren können Patienten mit Adipositas und Übergewicht, die bei einer BKK versichert sind, am Vertrag „Gesundheit PLUS“ teilnehmen. Nun ist auch die TK diesem Vertrag beigetreten. Sobald eine gesicherte Adipositas-Diagnose oder ein erhöhtes Risiko für Folgeerkrankungen ab einem BMI von 25 vorliegt, ist die Voraussetzung zur Teilnahme eines Patienten erfüllt. Ein erhöhtes Risiko liegt vor, sofern der Taillenumfang bei Frauen 88cm und bei Männern 102cm beträgt. Teilnehmende Ärzte dokumentieren den aktuellen Gesundheitszustand und prüfen Risiken zu Begleit- und Folgeerkrankungen.

Quelle: www.kv-rlp.de/praxis/vertraege/adipositas-gesundheit-plus/

SL SAARLAND:

DAK-Vertrag „Willkommen Baby“ – Akupunkturleistung gestrichen

Aufgrund einer Vorgabe durch das Bundesamt für soziale Sicherung ist die Akupunkturleistung über die Ziffer 98590 seit dem 1. Juli 2021 nicht mehr Bestandteil des Vertrags.

Quelle: KVS-Aktuell 5/2021 – 08.07.2021

„Hallo Baby“-Vertrag der BKKn mit neuen Leistungen

Seit dem 1. Juli 2021 ist es möglich, die Videosprechstunde anzubieten. Zudem kann nun ein zweiter Toxoplasmose-Test und ein Beratungsgespräch, zur Förderung der natürlichen Geburt, aufgeboten werden.

Quelle: www.kvs-sachsen.de/aktuell/aktuelle-nachrichten-und-themen/2110-vertrag-hallo-baby-betriebskrankenkassen-4-nachtrag/

Leistungen vom DMP Diabetes mellitus Typ 1 angepasst

Zum 1. Juli 2021 wurde der DMP-Vertrag für Diabetes mellitus Typ 1 angepasst. Sowohl die Versorgungsinhalte als auch die Dokumentationen sind neu geregelt. Zudem sind zwei neue Schulungen ► PRIMAS Schulungs- und Behandlungsprogramm und die Hypoglykämie – positives Selbstmanagement, mit in das Programm aufgenommen worden. Auch neu ist der „Kinder und Jugendpass Diabetes“, der über den Leitverlag Freiberg zu bestellen ist.

Quelle: KVS-Mitteilungen Heft 07-08/2021

AOK PRIMA PLUS endet zum 31. Dezember 2021

Der Vertrag AOK PRIMA PLUS ist zum Ende des Jahres gekündigt. Neue Patienten können schon jetzt nicht mehr in das Programm aufgenommen werden. Alle erbrachten Leistungen werden noch bis zum 31. Dezember vergütet.

Quelle: www.kvs-sachsen.de/aktuell/aktuelle-nachrichten-und-themen/2144-aok-prima-plus-einschreibung-von-patienten/

DAK-Vertrag „Willkommen Baby“ – Akupunkturleistung gestrichen

Aufgrund einer Vorgabe durch das Bundesamt für soziale Sicherung ist die Akupunkturleistung seit dem 1. Juli 2021 nicht mehr Bestandteil des Vertrags.

Quelle: www.kvs-sachsen.de/aktuell/aktuelle-nachrichten-und-themen/2136-vertrag-willkommen-baby-mit-dak-streichung-der-akupunkturleistung-nach-vorgaben-des-bas/



TH THÜRINGEN

Förderung TeleArzt-Projekt

Ärzte, die an dem Thüringer TeleArzt-Projekt teilnehmen, erhalten in diesem Jahr rückwirkend eine Förderung von 250,00 € je telemedizinischer Ausstattung und je Quartal. Die Beträge für das erste Halbjahr werden rückwirkend mit dem Honorarbescheid des 3. Quartals vergütet.

Quelle: www.kv-thueringen.de/mitglieder/aktuelles/details/news/foerderung-des-telearzt-projektes-fuer-das-jahr-2021

Hinweis:

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



JETZT BEI UNS

AAC AG
PRAXISBERATUNG

BERATUNG ZUR HZV-ABRECHNUNG

TRANSPARENZ UND STEUERUNG
FÜR IHRE HZV-ABRECHNUNG.



WIE SIE DEN DURCHBLICK BEKOMMEN,
ERFAHREN SIE HIER IM HEFT AB SEITE 4.



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

SPRECHEN SIE UNS AN!