

AAC

Magazin

NEUES ZU KV-ABRECHNUNG UND HONORAR AUF EINEN BLICK



AUSGABE NR. 14 – Q3 2022



NR. 14 – Q3 2022

INHALT

Leistungen der AAC: Beratung zur HzV	4
Bundesweite Regelungen zum 01.07.2022	9
KV-spezifische Regelungen zum 01.07.2022	22

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 Rositzka
Franziska Mainda

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

© 2022 AAC PRAXISBERATUNG AG
Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit
schriftlicher Genehmigung des Herausgebers.

BILDNACHWEISE
Seite 1 © Sergey Nivens - stock.adobe.com
Seite 8 © ronstik - stock.adobe.com
Seite 16 © arcyto - stock.adobe.com
Seite 21 © everythingpossible - 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,

leider zeigen die aktuellen Daten sowie die Prognose der Experten, dass sich die Inflation auf hohem Niveau verstetigt. Dies bedeutet, dass wir auch in den nächsten Quartalen mit weiteren Teuerungsschüben durch Preis- und Lohnerhöhungen rechnen müssen, die die Arztpraxen belasten. Welche Möglichkeiten gibt es, um auf der Einnahmeseite gegenzusteuern?

Die Fakten:

- Die Umsetzung der neuen GOÄ steht in dieser Legislaturperiode nicht auf der politischen Agenda der Ampelkoalition, eine inflationsbedingte Anhebung des Punktwerts der aktuellen GOÄ allerdings auch nicht.
- Prof. Lauterbach plant, die Neupatientenregelung des TSVG ersatzlos zu streichen, so sieht es der Referentenentwurf zum GKV-Finanzstabilisierungsgesetz aus dem BMG vor.
- In der GKV haben Fallzahlen und Leistungsgeschehen in der Zwischenzeit erfreulicherweise wieder das Niveau von 2019 erreicht, in einzelnen Bereichen sogar deutlich überschritten. Allerdings macht sich bereits wieder das „Syndrom der leeren Kassen“ bemerkbar – Quoten und niedrige Restwertvergütungen vermiesen den Praxen die geleistete Mehrarbeit.
- Auch wenn die KBV bereits kräftig die Werbetrommel für eine „besondere Honorarrunde“ rührt, die die Inflation bei der Festsetzung des neuen Orientierungspunktwerts in besonderer Weise berücksichtigt, sollte man die Erwartungen hier eher niedrig ansetzen. Milliardendefizite und die konstante Verweigerungshaltung der Kassen zu berechtigten Forderungen der Ärzteschaft lassen hier wenig Hoffnung zu.

Keine rosigen Aussichten, aber auch kein Grund, den Kopf in den Sand zu stecken. Jetzt kommt es mehr denn je auf eine vollständige Abrechnung an. Denn Sie haben kein Geld zu verschenken!

- **TSVG** – unser neu programmierter **TSVG-Check** hilft Ihnen, bei budgetierten Leistungen „Honorar zu retten“. Denn alle Leistungen bei Neupatienten und in den offenen Sprechstunden werden im Arztgruppenfall aktuell extrabudgetär honoriert.
- Potenzial- und Fehlerlisten – bitte auf die **vollständige** Umsetzung im Rahmen von Plausibilität und Wirtschaftlichkeit achten!
- Nehmen Sie verstärkt **extrabudgetär** honorierte Leistungen wie Vorsorgen, DMP etc. in den Fokus.
- Hausärzte – nutzen Sie die Möglichkeit der HzV. Hier sind z. T. noch einmal spürbare Umsatzzuwächse zu generieren. Wir zeigen Ihnen wie es geht!

Natürlich stehen wir auch in diesem Quartal an Ihrer Seite und unterstützen Sie und Ihr Team bestmöglich durch eine engmaschige Steuerung der Abrechnung. Den Überblick, was sich ansonsten in der Welt der Abrechnung alles ereignet, 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 auch in diesen unruhigen Zeiten zuversichtlich!

Dr. Georg Lübben

Dr. Tino Lippmann

Markus Kottmann

Holger Söffge

LEISTUNGEN DER AAC BERATUNG ZUR HZV

Seit drei Quartalen bieten wir als neue Dienstleistung eine individuelle, analysebasierte Beratung zur HzV an. Das Interesse an einer qualifizierten Beratung zur HzV, welches sich sowohl an HzV-Neustarter als auch an Praxen mit Erfahrung richtet, ist enorm. Es freut uns sehr, dass wir hier offensichtlich den Nerv getroffen haben.

Im Rahmen der Vorstellung unseres neuen Beratungsangebots zur HzV lautet die häufigste Frage:



„Kommt das denn überhaupt für mich in Frage bzw. lohnt sich das?“

Diese Frage möchten wir in Form einer Checkliste beratungsrelevanter Konstellationen beantworten. Was trifft bei Ihnen zu?

Konstellationen der KV-Abrechnung



Hohe Patientenzahlen oder prüfzeitintensive Einzelleistungen

► Überschreitung der Quartalsprüfzeit ► Risiko der Plausibilitätsprüfung



Abrechnung einzelner Leistungen über dem Fachgruppen-Durchschnitt

► Risiko der Wirtschaftlichkeitsprüfung



Junges Patienten Klientel mit Dominanz akuter Beschwerden

► Honorar/Fall unterhalb des Fachgruppen-Durchschnitts



Wenig umsatzrelevante Leistungen

► Honorar/Fall unterhalb des Fachgruppen-Durchschnitts



Hohe Budgetüberschreitung bei niedriger Restwertvergütung

► hoher Anteil nicht vergüteter Leistungen



Ausgeschöpfte Potenziale

► kaum Steigerungsmöglichkeiten beim Honorar

BERATUNG ZUR HZV

Konstellationen der HzV-Abrechnung



Geringe Anzahl HzV-Patienten ggf. in vielen verschiedenen Verträgen

► Umsatz und Mehraufwand sind (gefühl) unverhältnismäßig



HzV-Scheinwert unter oder auf Fachgruppen-Durchschnitt

► Abrechnung mit Optimierungspotenzial

Wenn eine der Konstellationen bei Ihnen zutrifft, lohnt es sich für Sie auf jeden Fall, das Thema HzV bei Ihnen zu beleuchten.

Wir können Ihnen dann für die drei entscheidenden Fragen die passenden Antworten liefern:

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?

LEISTUNGEN DER AAC BERATUNG ZUR HZV

Wir wollen Ihnen als erstes Beispiel eine Praxis zeigen, die bereits sehr aktiv Patienten in der HzV betreut, aber trotzdem signifikante Mehrumsätze durch eine optimierte HzV-Abrechnung realisieren kann.

Hausarztpraxis, Baden-Württemberg, Q4 2021

1.354 Patienten, davon 722 KV- und 632 HzV-Patienten

Zielsetzung: Optimierung der HzV-Abrechnung

ANALYSE DER PRAXIS

Krankenkasse	KV			HzV			Vergleichsgruppe
	BHF	Honorar €	Scheinwert	BHF	Honorar € *	Scheinwert *	Scheinwert **
AOK	222	22.658,76 €	102,07 €	310	20.981,50 €	94,51 €	109,64 €
BKK GWQ	32	1.912,81 €	59,78 €	12	1.051,00 €	80,85 €	96,53 €
BKK-VAG	82	9.774,73 €	119,20 €	86	6.434,00 €	103,77 €	104,46 €
Bosch BKK	7	595,39 €	85,06 €	3	86,00 €	0,00 €	73,00 €
EK	171	18.118,59 €	105,96 €	138	9.647,00 €	80,39 €	91,22 €
IKK classic	67	6.217,77 €	92,80 €	51	2.154,50 €	82,87 €	88,93 €
Knappschaft	2	52,00 €	26,00 €	0	0,00 €	0,00 €	199,13 €
LKK	4	137,26 €	34,32 €	0			153,00 €
TK ***	48	4.342,30 €	90,46 €	32			

BHF = Behandlungsfälle

* Honorar- und Scheinwert HzV wurden aus der letzten verfügbaren eStatistik der Praxis (Quartal 2/2021) für alle weiteren Quartale vorgetragen.

** AAC-interne Vergleichswerte aus Quartal 2/2021

*** TK-Leistungen sind in der eStatistik in den EK-Daten enthalten.

BERATUNG ZUR HZV

ERGEBNIS

HZV-Vertrag, Kasse	Differenz Scheinwert HZV Scheinwert Fachgruppe und Praxis	Potenzieller Mehrumsatz pro Quartal durch Abrechnungsoptimierung
AOK	+15,13 €	+4.690,30 €
EK	+10,83 €	+1.494,54 €
IKK	+6,06 €	+309,06 €
		ca. +6.493,90€

Wir zeigen Ihnen Schritt für Schritt anhand von Potenziallisten, bei welchen Patienten eine Leistungsabrechnung möglich wäre. Kunden berichten, dass sich durch das gezielte Bearbeiten dieser Listen zum Quartalsende

- ✦ enorme Zeitersparnisse und
- ✦ Transparenz durch eine vollständige Abrechnung erzielen lassen.

WÄRE DAS AUCH FÜR SIE INTERESSANT?

Sprechen Sie Ihren Berater an. Wir unterstützen Sie gerne.



WAS GIBT'S NEUES?

BUNDESWEITE REGELUNGEN ZUM 01.07.2022

1 Corona-Sonderregelungen sind beendet

Auf Grund der aktuellen Lage der Corona-Pandemie gelten ab dem dritten Quartal wieder die regulären Fristen und Vorgaben in der kassenärztlichen Abrechnung. Die meisten Sonderregelungen sind bereits Ende März ausgelaufen, lediglich einige galten noch im zweiten Quartal. Seit dem 1. Juni ist auch die Krankschreibung per Telefon nicht mehr möglich. Dafür müssen die Patienten wieder in die Arztpraxis kommen oder die Videosprechstunde nutzen.

Sollte die Corona-Pandemie in den kommenden Monaten jedoch wieder an Fahrt gewinnen, können bestimmte Sonderregelungen regional oder ggf. auch bundesweit durch den G-BA reaktiviert werden.

Folgende Leistungen können nun nicht mehr angewendet werden:	
telefonische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	bekannte und unbekannte Patienten, die an leichten Atemwegserkrankungen leiden, können bis zu 7 Kalendertage telefonisch krankgeschrieben werden, eine Folge-AU ist einmalig bis zu weitere 7 Kalendertage telefonisch möglich
U-Untersuchungen außerhalb regulärer Untersuchungszeiträume	U6 bis U9 dürfen durchgeführt und abgerechnet werden, wenn vorgegebene Untersuchungszeiträume und Toleranzzeiten überschritten sind
Kennzeichnung 88240	Kennzeichnung ärztlicher Leistungen, die bei begründetem klinischen Verdacht oder nachgewiesener Infektion mit dem Coronavirus erfolgen

Für die Praxis

In einigen KVn behalten verschiedene Corona-Sonderregelungen über den 30.06.2022 hinaus ihre Gültigkeit, z. B. die Kennzeichnung mit der 88240. Bitte informieren Sie sich dazu bei Ihrer KV, welche Regelungen dies in welcher Art und Weise betrifft!

Gut zu wissen

Die Videosprechstunde gehört bereits zur Regelversorgung. Patienten können, unabhängig von den Corona-Sonderregelungen, eine Krankschreibung per Video erhalten. Voraussetzung ist, dass zum Feststellen der Arbeitsunfähigkeit (AU) keine unmittelbare körperliche Untersuchung notwendig ist. Erhält ein Patient eine AU mittels Videosprechstunde, gilt für unbekannte Patienten eine Krankschreibung für bis zu 3 Kalendertage, bekannte Patienten können hingegen für bis zu 7 Kalendertage eine Krankschreibung erhalten. Folgekrankschreibungen per Videosprechstunde können nur dann ausgestellt werden, wenn die vorherige Krankschreibung über einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt stattfand.

2 Immuntherapie bei Erdnussallergie

Zum 1. Juli 2022 gelten zwei neue Leistungen bei einer Hyposensibilisierungsbehandlung bei Kindern und Jugendlichen mit einer bestätigten Erdnussallergie im Alter zwischen 4 bis 17 Jahren. Die orale Immuntherapie erfolgt ausschließlich über das Präparat Palforzia®. Alle Leistungen der Hyposensibilisierung werden extrabudgetär vergütet.

Ziffer	Beschreibung	Wert
30133	Orale Hyposensibilisierungsbehandlung bei Therapieeinleitung (inkl. Nachbeobachtung von mind. 20 Minuten)	6,99 €
30134	Orale Hyposensibilisierungsbehandlung (inkl. Nachbeobachtung von mind. 60 Minuten)	17,58 €

Beide Ziffern sind berechnungsfähig von Fachärzten für:

- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzte
- Kinder- und Jugendmedizin sowie
- Ärzten mit der Zusatzbezeichnung Allergologie

Gut zu wissen

Palforzia® ist für die orale Immuntherapie bei Kindern mit einer Erdnussallergie bestimmt. Das Arzneimittel enthält das Erdnussprotein. Durch steigende Dosierungen wird die Toleranz gegenüber Erdnüssen erhöht und schwere allergische Reaktionen sollen so verhindert werden. Eine Erdnussallergie kann bereits bei wenigen Mikrogramm lebensbedrohliche Symptome hervorrufen. Häufig tritt die Allergie im Kindesalter auf und bleibt meistens lebenslang bestehen, eine Heilung ist nicht möglich. Ziel der Immuntherapie ist es, den Schweregrad allergischer Reaktionen durch Erdnüsse zu verringern.

3

Telematik-Infrastruktur: Praxen sind nicht für Konnektor-Fehler verantwortlich

Konnektoren von secunet sollen unerlaubt Patientendaten gespeichert haben. Der Bundesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit sah nach den Richtlinien der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) die Praxen in der Verantwortung. Das Bundesgesundheitsministerium hat dem nun widersprochen und klargestellt, dass Ärzte datenschutzrechtlich nicht für Fehler der Konnektoren belangt werden können. Anlass war eine Anfrage der KBV, die nach dem mutmaßlichen Datenschutzverstoß durch die Konnektoren von secunet gestellt wurde.

Für die Praxis

Generell sollten Praxen mit regelmäßigen Software-Updates ihre Telematikinfrastruktur auf dem aktuellen Stand halten. Für die Konnektoren der Firma secunet wurde bereits ein spezielles Update zur Verfügung gestellt, damit kann die elektronische Gesundheitskarte wieder zuverlässig eingelesen werden. Grundsätzlich ist zu empfehlen, die zur Verfügung gestellten Updates zeitnah einzuspielen.

Gut zu wissen

Regelmäßige Software-Updates bieten das höchste Sicherheitsniveau, korrigieren mögliche Fehler und verbessern die Funktionalität. Zudem erteilt die gematik für die IT-Komponenten der Telematikinfrastruktur nur eine befristete Zulassung, nur mit einem Update dürfen diese Geräte unverändert genutzt werden.

4

eAU – elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nun verpflichtend

Zu Ende Juni 22 ist die Übergangsfrist zum elektronischen Versand der AU an die Krankenkassen ausgelaufen. Damit ist die AU nun verpflichtend digital an die Krankenkassen zu übermitteln. Die Formulare für Arbeitgeber und auf Wunsch für den Patienten erfolgen weiterhin als Ausdruck. Allerdings nicht mehr über das Muster 1, sondern als Ausdruck mittels sogenanntem Stylesheet.

Für die Praxis

Sollte aus technischen Gründen eine elektronische Übermittlung an die Kasse nicht möglich sein, kann der Ausdruck auch ersatzweise an die Krankenkasse versendet werden. Auch Praxen ohne Anschluss an die TI sind nicht durch Sanktionen bedroht.

5 Neue Vergütungen im Rahmen von DiGA

Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz wurden in der vertragsärztlichen Versorgung digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) eingeführt. Nur wenn eine DiGA im Verzeichnis des BfArM gelistet ist, kann die Gesundheits-App von der Krankenkasse erstattet werden. Unterschieden wird zwischen DiGAs die dauerhaft bzw. vorläufig im DiGA-Verzeichnis aufgenommen werden. Seit 1. Mai gelten zusätzliche Pauschalen – sowohl für dauerhafte als auch vorläufige DiGA.

Pauschale für die Verlaufskontrolle und Auswertung einer vorläufigen DiGA:		
Ziffer	Beschreibung	Wert
86700	Verlaufskontrolle und Auswertung einer DiGA bzw. die Auswahl und/oder Individualisierung von Inhalten einer DiGA	7,12 €

Die Leistungsinhalte dieser Ziffer sind in der Anlage 34 zum Bundesmantelvertrag Ärzte geregelt und umfassen folgende Tätigkeiten:

- Kontrolluntersuchung
- Begleitung
- Auswertung
- Beurteilung
- Visite
- Individualisierung und Überprüfung

Die Ziffer gilt nur im Zusammenhang mit bestimmten DiGAs: „Zanadio“, „Invirto - Die Therapie gegen Angst“, „Cankado Pro-React Onco“, „Mawendo“, „Oviva Direkt für Adipositas“ und „companion patella“ und kann höchstens zweimal im Krankheitsfall angesetzt werden. Neben der Erstverordnung gemäß Ziffer 01470 ist die 86700 nicht berechnungsfähig.

Für die Praxis

Neben der Erstverordnung werden mit dieser Pauschale nun auch weitere ärztliche Leistungen vergütet, die im Zusammenhang mit vorläufig aufgenommenen DiGAs erbracht werden. Bei der Abrechnung der Ziffer ist die Angabe der Pharmazentralnummer notwendig. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär.

Folgende Fachärzte können die Leistung abrechnen:

- Hausärzte
- Internisten mit und ohne Schwerpunkt
- Gynäkologen, Orthopäden, Chirurgen (gilt nicht für FÄ Plastische und Ästhetische Chirurgie)
- Kinderärzte mit Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie oder Kinder- und Jugend-Rheumatologie
- Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin
- Fachärzte für Neurologie, Neurochirurgie, Psychiatrie, Nervenheilkunde, Psychosomatische Therapie und Psychotherapie
- Fachärzte mit der Zusatzweiterbildung Psychotherapie

Pauschale für die Erstverordnung einer vorläufigen DiGA durch Kinderärzte:		
Ziffer	Beschreibung	Wert
86701	Pauschale für das Ausstellen einer Erstverordnung einer DiGA für Kinder und Jugendliche, die in die Altersgruppe 12 bis 17 Jahre aufgenommen wurden	2,00 €

Für die Praxis

Im DiGA-Verzeichnis sind drei vorläufige DiGAs für Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 12 – 17 Jahren gelistet: „Rehappy“, „Mawendo“ und „companion patella“. Die Pauschale wurde bis zum Jahresende befristet (31.12.2022), außerdem gilt sie nur für Kinder- und Jugendärzte, da diese die Ziffer 01470 nicht abrechnen dürfen.

Pauschale für die Verlaufskontrolle der dauerhaften DiGA „Vivira“:		
Ziffer	Beschreibung	Wert
01472	Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der DiGA „Vivira“	7,21 €

Für die Praxis

Die neue Pauschale gilt ausschließlich für die DiGA „Vivira“. Die neue Leistung ist ab dem 1. Juli 2022 abrechenbar und wird extrabudgetär vergütet.

Die Ziffer ist berechnungsfähig für:

- Hausärzte
- Internisten ohne Schwerpunkt
- Orthopäden
- Chirurgen

6 Anpassung Verordnung medizinischer Rehabilitation

Im Zusammenhang mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsgesetz wurde die Rehabilitations-Richtlinie (Reha-RL) angepasst. Dies sorgt dafür, dass die Verordnung geriatrischer Rehabilitation vereinfacht wird. Daher gilt ab dem 1. Juli 2022 auch ein neues Muster 61.

Die geriatrische Rehabilitation nach ärztlicher Verordnung wird nicht mehr durch die Krankenkasse auf medizinische Erforderlichkeit geprüft. Ärzte stellen die geriatrische Indikation und dokumentieren diese auf dem neuen Verordnungsformular mittels der ICD-Kodierungen. Ärzte müssen zukünftig jedoch bei jeder Reha-Verordnung die Einwilligung der Versicherten einholen, ob diese einer Über-sendung der gutachterlichen Stellungnahme des MDK an die verordnende Praxis zustimmen. Dazu wurde ein neuer „Teil E“ mit Einwilligungserklärungen integriert, die im Abschnitt „A“ vom verordnen-den Arzt angekreuzt bzw. ausgefüllt werden müssen.

Vor dem Hintergrund des damit verbundenen erhöhten Dokumentationsaufwands, beraten KBV und GKV-Spitzenverband derzeit noch über eine Anpassung der Vergütung.

Die Änderungen betreffen ausschließlich die Verordnungen zulasten der GKV. Verordnungen der Rentenversicherung oder anderer Kostenträger sind davon nicht betroffen.

Gut zu wissen

Bei der neuen Anpassung handelt sich um eine Stichtagsregelung. Das bedeutet, dass die alten Formulare nur noch bis zum 30. Juni 2022 verwendet werden dürfen. Ab dem 1. Juli ist das neue Muster 61 zu verwenden. Die neuen Formulare sind über den Paul-Albrecht-Verlag zu bestellen.

7 Pränataldiagnostik zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 in den EBM aufgenommen

Leistungen für die nicht-invasive Pränataldiagnostik (NIPT) zur Bestimmung des Risikos auf autosomale Trisomien 13, 18 und 21 sind unter bestimmten Bedingungen als Leistungen über die GKV abrechnungsfähig. Mit der Untersuchung fetaler DNA aus mütterlichem Blut sollen invasive pränataldiagnostische Maßnahmen, wie z. B. die Fruchtwasseruntersuchungen, vermieden werden. Dazu wurden zum 01.07.2022 drei neue Ziffern für die Beratung und die Untersuchung in den EBM aufgenommen.

Die neuen Leistungen im Überblick:		
Ziffer	Beschreibung	Wert
01789	Beratung nach Gendiagnostikgesetz (GenDG) zum nicht-invasiven Pränataltest <ul style="list-style-type: none"> • je vollendete 5 Minuten • viermal je Schwangerschaft 	9,46 €
01790	Beratung nach GenDG bei Vorliegen eines positiven nicht-invasiven Pränataltests <ul style="list-style-type: none"> • je vollendete 10 Minuten • viermal je Schwangerschaft 	18,70 €
01870	nicht-invasiver Pränataltest zur Bestimmung des Risikos einer Trisomie 13, 18 und 21 <ul style="list-style-type: none"> • zweimal im Krankheitsfall • einmal je Schwangerschaft 	184,99 €

Die Ziffern 01789 und 01790 sind berechnungsfähig für:

- FÄ für Gynäkologie und Geburtshilfe mit Qualifikation „fachgebundene genetische Beratung“
- FÄ für Humangenetik oder auf dem Fachgebiet entsprechend qualifizierte Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik

Die Ziffer 01870 kann nur durch FÄ für Humangenetik oder FÄ für Labormedizin abgerechnet werden.

Gut zu wissen

Für die ärztliche Beratung über einen nicht-invasiven Pränataltest zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 steht eine Versicherteninformation bereit. Der NIPT gehört nicht zu den allgemein empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft. Er sollte angeboten werden, wenn die Patientin gemeinsam mit dem behandelnden Arzt entschieden hat, dass der Test sinnvoll ist. Das hängt von der persönlichen Situation der Patientin ab. Eine statistisch erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Trisomie allein reicht für die Anwendung dieses Tests nicht aus.

Die Bereitstellung der ausführlichen Versicherteninformation ist Bestandteil der ärztlichen Beratung und soll der Schwangeren im Rahmen der Beratung ausgehändigt werden.



8 Vergütung HPV-Testung angehoben

Der HPV-Test – Nukleinsäurenachweis humaner Papillomviren, zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs wird ab 1. Juli höher vergütet. Bei dem präventiven HPV-Test sowie der Genotypisierung bei einem positiven HPV-Test steigt die Vergütung von 17,24 Euro auf nun 18,93 Euro. Dies betrifft die Abrechnungsziffern 01763, 01767 und 01769.

Gut zu wissen

Mit der Neufassung der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) zur Früherkennung eines Zervixkarzinoms führte der G-BA zum 1. Januar 2020 für alle Frauen ab dem 35. Lebensjahr einen Wechsel von einem 1-jährigen zu einem 3-jährigen Untersuchungsintervall ein. Dieser Beschluss hat zur Folge, dass es in den Jahren 2021 und 2022 zu einer rückläufigen Auslastung der HPV-Diagnostik kommt. Die jetzige Anhebung der Vergütung soll einer schwankenden Auslastung von Geräten und Personal zugutekommen, die auch in den Jahren zwischen den Untersuchungsintervallen unverändert vorgehalten werden müssen.

Auch der kurative HPV-Test nach der Ziffer 32819 wird ab Juli auf 21 Euro angehoben. Die Gebührenordnungsposition 32819 beinhaltet dabei ebenfalls die Genotypisierung bei positivem HPV-Nachweis.

Anspruch auf Zweitmeinung vor bestimmten Eingriffen am Herzen

Patienten mit Herzrhythmusstörungen, denen eine kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung oder eine Ablation am Herzen empfohlen wird, haben Anspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung. Eine Zweitmeinung ist nur bei planbaren Eingriffen am Herzen möglich. Bei Notfall- oder dringlichen Eingriffen gilt der Rechtsanspruch nicht.

Dass nun auch bei der elektrophysiologischen Herzkatheteruntersuchung und Ablation eine Zweitmeinung möglich ist, resultierte aus einem deutlichen Zuwachs dieser Eingriffe in den vergangenen Jahren. Außerdem finden sich in Deutschland bei der Eingriffshäufigkeit regional deutliche Unterschiede. Kathetereingriffe werden möglicherweise auch dann durchgeführt, wenn sie medizinisch eigentlich nicht die erste Wahl sind.

Die Ziffern der Zweitmeinungsleistung sind bereits im EBM enthalten. Ärzte, die die Indikation stellen, können für die Aufklärung und Beratung die Ziffer 01645 mit dem Suffix G einmal im Krankheitsfall abrechnen. Die neu aufgenommene Leistung wird für 12 Quartale extrabudgetär vergütet.

Für die Praxis

Grundsätzlich hat jeder Arzt die Pflicht, den Patienten über den rechtlichen Anspruch einer Zweitmeinung aufzuklären. Ärzte, die als Zweitmeiner tätig sein möchten, müssen eine Genehmigung bei ihrer KV beantragen. Als Zweitmeiner für kardiologische Eingriffe können folgende Ärzte tätig sein:

- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie
- Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Kinderkardiologie oder
- Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugendkardiologie

Zur Erinnerung

Ein Zweitmeinungsanspruch besteht bereits vor Amputation beim diabetischen Fußsyndrom, bei Eingriffen an Gaumen- oder Rachenmandeln, an der Wirbelsäule, bei Gebärmutterentfernung, bei Gelenkspiegelungen an der Schulter und bei Implantation einer Knie-Endoprothese.

10 Videosprechstunde in der Psychotherapie flexibler einsetzbar

Psychotherapeuten können die Videosprechstunde ab dem 1. Juli flexibler einsetzen. Bisher ist die Obergrenze in der Videosprechstunde u. a. mit der jeweiligen Ziffer im EBM verknüpft. Ab Juli bezieht sich die Obergrenze nicht mehr auf jede einzelne Leistung, sondern auf die Gesamtpunktzahl der im Quartal abgerechneten Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie (Kap. 35 EBM). Durch die Neuregelung erhalten Psychotherapeuten mehr Spielraum, denn einzelne Leistungen können nun bei Bedarf per Video öfter stattfinden. Nur bei der psychotherapeutischen Akutbehandlung (Ziffer 35152) bleibt es bei der leistungsbezogenen Obergrenze von 30 Prozent.

11 Videosprechstunde im Notdienst ab Juli möglich

Seit dem 1. Juli 2022 sind die Bereitschaftsdienst-Pauschalen auch im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig. Die neue Regel erlaubt den Videokontakt ausschließlich in den von den KVn organisierten Notdiensten. Die spezifische Mengenbegrenzung für Videosprechstunden im Abrechnungskontext „Notdienst“ findet keine Anwendung. Es gelten außerdem bei einem alleinigen Videokontakt 10 Prozent Honorarabschlag auf die Notfallpauschalen.

Für die Praxis

Die Notfallpauschalen (Ziffer 01210 und 01212) sowie die Notfall-Konsultationspauschalen (Ziffer 01214, 01216 und 01218) werden im Rahmen der Videosprechstunde mit der 88220 gekennzeichnet. Daneben können die Authentifizierung für einen unbekanntem Patienten (Ziffer 01444) sowie der Technikzuschlag (Ziffer 01450) berechnet werden.

Die Notfall-Erschwerniszuschläge 01223 bis 01226 gelten auch weiterhin nur bei einem persönlichen Kontakt.

12 Verordnung einer Nagelspangenbehandlung als Heilmittel

Die Behandlung eingewachsener Zehennägel mit einer Nagelkorrekturspange kann ab Juli 2022 als Heilmittel verordnet werden. Damit können neben Ärzten, jetzt auch Podologen diese Behandlung durchführen. Bislang war die Behandlung mittels Nagelkorrekturspange den Ärzten vorbehalten.

Podologen übernehmen dann auch die Beratung und Instruktion zu Schneidetechniken sowie zur Nagel- und Hautpflege. Die Abrechnung der Materialkosten erfolgt ebenfalls über die **Podologen**.

Um eine Verordnung als Heilmittel auszustellen, muss ein eingewachsener Zehennagel in den Stadien 1, 2 oder 3 an der unteren Extremität vorliegen und mittels ICD10 Kode L60.0 kodiert werden. Die Diagnostik sowie alle konservativen bzw. invasiven Maßnahmen bei der Wundbehandlung gelten jedoch unverändert in allen Stadien als ärztliche Leistungen.

13 Gesprächszuschlag zur Substitutionstherapie mit Depotpräparat permanent aufgenommen

Bei substituierten Patienten können Praxen weiterhin den Zuschlag Ziffer 01952 für das therapeutische Gespräch im Zusammenhang mit der Ziffer 01953 (Substitutionstherapie Opioidabhängiger mit einem Depotpräparat) erbringen. Die Regelung war bereits Teil der befristeten Regelungen im Zusammenhang mit dem Coronavirus und endete am 31. März 2022.

Mit der rückwirkenden Änderung zum 1. April können beide Leistungen nun dauerhaft zusammen erbracht und abgerechnet werden.

Das Gespräch kann je vollendete 10 Minuten und bis zu 4 x im Behandlungsfall angesetzt werden.



WAS GIBT'S NEUES?

KV-SPEZIFISCHE REGELUNGEN ZUM 01.07.2022



BADEN-WÜRTTEMBERG

Neues Innovationsprojekt OrthoKids

Das Projekt wird durch Fördermittel über den Innovationsfonds des G-BA gefördert. In den kommenden vier Jahren sollen zusätzliche orthopädische Vorsorgeuntersuchungen Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 10 und 14 Jahren zugutekommen und evaluiert werden.

Hintergrund ist, dass die Entwicklung des kindlichen muskuloskelettalen Systems verschiedene Entwicklungsphasen durchläuft. Kinder in einem Alter von 10 bis 14 Jahren befinden sich in einer sensiblen Wachstums- und Wandlungsphase. Vorsorgeuntersuchungen bspw. durch einen Orthopäden sind in der Regelversorgung nicht vorgesehen. Das Projekt OrthoKids zielt darauf ab, zusätzliche orthopädische Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung und frühzeitigen Behandlung von Skelettdeformitäten an Fuß und Beinachsen, Hüfte und Wirbelsäule zu erkennen, um ohne operative Korrekturmaßnahmen auszukommen. Die Teilnahme ist gegenüber der KVBW anzuzeigen.

Ziffer	Beschreibung	Wert
99340	Projektpauschale OrthoKids	10,50 €
99341	Orthopädische Vorsorgeuntersuchung	42,50 €
99342	Orthopädische Kontrolluntersuchung	42,50 €

Folgende Fachgruppen können teilnehmen:

- Fachärzte für Orthopädie
- Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin

Quelle: www.kvbawue.de/praxis/vertraege-recht/vertraege-von-a-z/orthokids/

BE BERLIN

Neue Anpassungsfaktoren in Q3

Im 3. Quartal 2022 ändert sich in allen Fachgruppen durch zum Teil sehr unterschiedliche Anpassungsfaktoren das individuelle Budget. In den vergangenen zwei Quartalen lag der Faktor in allen Fachgruppen bei +2,5 Prozent. Ab dem 3. Quartal schwankt dieser zwischen +7 und -15 Prozent. Als Grund nennt die KV Berlin die nachträgliche Bereinigung aufgrund der TSVG-Neupatientenregelung und der offenen Sprechstunde, die bei den Arztgruppen sehr unterschiedlich ausfällt.

Quelle: Infoschreiben zum PEV-Bescheid 06/2022

Neupatienten-Kennzeichnung bei veränderter Praxiskonstellatation

Bereits ab dem 2. Quartal - und somit rückwirkend - können auch diejenigen Praxen ihre Neupatienten kennzeichnen, die bis jetzt durch eine Änderung ihrer Praxiskonstellatation von der Neupatientenregelung ausgenommen waren.

Wichtig

Die Neupatienten-Kennzeichnung muss die Praxis vornehmen. Es erfolgt **keine** Nachkennzeichnung durch die KV.

Trifft eine der unten genannten Praxiskonstellatationen für mindestens einen Leistungserbringer zu, müssen alle Leistungserbringer der Praxis die Neupatienten kennzeichnen. Hierfür wurde die Pseudoziffer 98210 eingerichtet. Im PVS sind die Neupatienten über die Vermittlungsart 5 (Neupatient) zu kennzeichnen. Alle Leistungen werden in diesen Fällen extrabudgetär vergütet.

Folgende Konstellatationen fallen unter diese Regelung:

- Ärzte, deren Anstellung in eine Zulassung umgewandelt wurde
- Junior-Jobsharer, die den Sitz vom bisherigen Praxisinhaber übernehmen
- angestellte Jobsharer, die die Zulassung von einem Arzt/Ärztin übernehmen, bei denen sie vorher angestellt waren
- BAGs, mit neuen Ärzten/Psychotherapeuten
- Neugründung einer BAG oder eines MVZs aus mindestens zwei bereits bestehenden Praxen bzw. Ärzten, die seit mehr als 2 Jahren tätig sind
- Trennung einer BAG oder eines MVZs
- Trägerwechsel eines MVZs
- Wechsel der Rechtsform eines MVZs
- neuer Angestellten-Arztstuhl

Quelle: Sonder-Praxisinformationsdienst vom 30.06.2022

BREMEN

TSVG-Neupatienten werden im Mitgliederportal gekennzeichnet

Die KV Bremen kennzeichnet TSVG-Neupatienten seit dem 3. Quartal 2021, sofern diese nicht bereits von der Praxis gekennzeichnet wurden. Um den Praxen einen Überblick zu liefern, werden nun auch namentliche Übersichten zu den TSVG-Neupatienten von der KV erstellt. Diese können im Mitgliederportal unter „Statistiken/TSVG-Neupatienten“ abgerufen werden.

Quelle: www.kvhb.de/praxen/nachrichten/detail/tsvg-neupatienten-werden-im-mitgliederportal-gekennzeichnet

MECKLENBURG-VORPOMMERN

Ersatzkassen: Vergütung für DMP steigt

In der KV M-V sind zum 1. April 2022 Teile der Vergütung der DMP neu geregelt worden. Dies betrifft ausschließlich die Ersatzkassen. Sowohl beim DMP Asthma bronchiale als auch beim DMP COPD gilt eine neue Qualitätssicherungspauschale. Dafür erhält der koordinierende Arzt 21 Euro, der qualifizierte Arzt über eine Mitbehandlungspauschale 14 Euro.

Beim DMP Diabetes mellitus Typ 2 erhöht sich die Qualitätssicherungspauschale für koordinierende Ärzte von 40 auf 44 Euro. Zudem ist die Augenarztspauschale für mitbehandelnde Augenärzte von 6 auf 7 Euro gestiegen.

Quelle: KV-Journal April 2022



Regionale Onkologie-Vereinbarung geändert

Die regionale Onkologie-Vereinbarung wurde zum 1. April in der KVNO angepasst. Hintergrund ist eine veränderte Leitlinie aus dem vergangenen Jahr beim Prostatakarzinom. Seit dem 1. Oktober 2021 ist die Kostenpauschale 86520 auch bei einer kombinierten antiandrogenen Therapie abrechenbar.

Die regionale Onkologie-Vereinbarung der KVNO unterscheidet zwei Genehmigungsumfänge, die „große“ Genehmigung und die „kleine“ Genehmigung. Können bei der großen Genehmigung alle Kostenpauschalen angesetzt werden, war es bis jetzt so, dass mit der „kleinen“ Genehmigung ausschließlich die Kostenpauschalen 86512 und 86514 abrechenbar waren. Seit dem 1. April 2022 können nun auch Ärzte, die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen und eine „kleine“ Genehmigung haben, die Kostenpauschale 86520 ansetzen.

Quelle: KVNO aktuell, Ausgabe 6/2022

Zusätzliche Abrechnungsprüfung der KVNO von HzV-Leistungen

Die Abrechnung von Praxen, die auch an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, wird ab dem 3. Quartal 2022 von der KVNO auf abgerechnete HzV-Leistungen auf den KV-Scheinen geprüft. Diese HzV-Leistungen werden dann von der KVNO an den Hausärzteverband weitergeleitet. Der Hausärzteverband informiert die teilnehmenden HzV-Ärzte über die mögliche Falsch- bzw. Doppelabrechnung. So haben HzV-Ärzte die Möglichkeit, die Leistungen noch korrekt über den Hausärzteverband abzurechnen.

Ziel ist es, einem nachträglichen Prüfverfahren durch die Krankenkassen vorzubeugen und den Verwaltungsaufwand zu minimieren.

Quelle: Pressemitteilung der KVNO und dem Hausärzteverband Nordrhein e.V.

RP

RHEINLAND-PFALZ

Vertrag für eine frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen bei Diabetes und Hypertonie mit der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland (AOK RPS)

Die AOK RPS und die KV RLP haben einen neuen Vertrag für eine frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen bei Diabetes und Hypertonie abgeschlossen. Dieser Vertrag besteht bereits mit den Ersatzkassen DAK-G, TK, KKH und HEK. Auch der neue AOK-Vertrag hat zum Ziel die Folge-/Begleiterkrankungen frühzeitig zu erkennen, um schwere Krankheitsverläufe zu verhindern oder zumindest zu verzögern. Definierte Krankheiten wie die Neurogene Blase, diabetische Neuropathie, pAVK und die chronische Nierenkrankheit stehen hier im Vordergrund. Sowohl die Früherkennung als auch die Nachsorgekontrolle werden jeweils mit 20 € vergütet. Die Nachsorge kann bis zu zweimal jährlich durchgeführt werden. Alle Leistungen werden extrabudgetär vergütet.

Quelle: KV Kompakt, Ausgabe März 2022

SL

SAARLAND

Vertrag „Früherkennung von Folge- und/oder Begleiterkrankungen chronischer Erkrankungen“

Die DAK - Gesundheit hat mit der KV Saarland einen Vertrag zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von Folge- und/oder Begleiterkrankungen chronischer Erkrankungen vereinbart. Dieser Vertrag gilt seit dem 1. April 2022. Der Vertrag ist identisch mit dem der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland (AOK RPS). Folge- und Begleiterkrankungen von Diabetes und/oder Hypertonie sollen frühzeitig behandelt und begleitet werden, um schwerwiegende Krankheitsverläufe zu reduzieren. Der Fokus liegt auch hier auf Folge- und Begleiterkrankungen von Diabetes wie der neurogenen Blase oder diabetischer Neuropathie. Zusätzlich ist im DAK-Vertrag die Abklärung einer Diabetesleber aufgenommen.

Quelle: KVS-Aktuell, Ausgabe 3/2022

TH THÜRINGEN

Arzneimittelinitiative ARMIN endete am 30. Juni 2022

Das Modellprojekt ARMIN – die „Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen“ endet am 30. Juni 2022. Die Initiative startete im Jahr 2014. Praxen, die an dem Modellprojekt teilnehmen, müssen diesen nicht kündigen, jedoch sind die Kündigungsfristen der PVS-Hersteller zu den jeweiligen ARMIN-Modulen zu beachten.

Quelle: Rundschreiben, Ausgabe 3, 24. März 2022

eKonsil PLUS startet im April 2022

Die KV Thüringen bietet zur Befundübermittlung und zur Konsultation unklarer Diagnosen oder zur Therapieempfehlung mit der AOK PLUS einen neuen Versorgungsvertrag an. Das eKonsil PLUS soll eine Brücke zur digitalen Kommunikation schaffen. Benötigt der behandelnde Arzt eine Meinung von einem anderen Facharzt, so kann eine Konsil-Anfrage auf dem elektronischen Weg erfolgen. Die fachliche Bewertung erfolgt online und je nach Dringlichkeit innerhalb von fünf Werktagen.

Quelle: Rundschreiben, Ausgabe 3, 24. März 2022

Hinweis:

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

AAC AG

PRAXISBERATUNG



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

AAC-AG.DE