

AAC *Magazin*



NEUES ZU ABRECHNUNG UND HONORAR AUF EINEN BLICK

AUSGABE 16 – Q1 2023

NR. 16 – Q1 2023

INHALT

NEU: Der AAC-PRAXISNAVIGATOR®	4
AAC on air – kennen Sie unsere Podcasts?	6
Ein Erfahrungsbericht: HzV-Beratung	8
Bundesweite Regelungen ab 01.01.2023	13
Regionale KV-Regelungen ab 01.01.2023	27
Regionale HzV-Regelungen ab 01.01.2023	32
Nicht vergessen – die Abrechnung der GOÄ Nr. 15 bei chronischen Patienten	33

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

© 2023 AAC PRAXISBERATUNG AG
Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit
schriftlicher Genehmigung des Herausgebers.

BILDNACHWEISE

Seite 1, 8, 36 Basierend auf
© Elena Butusova - stock.adobe.com
Seite 6 © paffy - stock.adobe.com
Seite 14, 18, 28 © ipopba - stock.adobe.com
Seite 22 © kkolosov - stock.adobe.com

DRUCK

MG-Print, Herford

LAYOUT

Olaf Brandmeyer, Bünde

MAGAZIN ALS PDF

www.aac-ag.de/magazin

KUNDENMAGAZIN DER AAC PRAXISBERATUNG AG

WILLKOMMEN

Sehr geehrte Frau Doktor,
sehr geehrter Herr Doktor,

wir hoffen, Sie und Ihr Praxisteam sind gut in das neue Jahr gestartet. Auch wenn uns die Kostensteigerungen, der Krieg in der Ukraine und die hektischen Aktivitäten unseres „Bundeskrankenhausministers“ auch dieses Jahr stark beschäftigen werden, so gibt es doch auch kleine Lichtblicke.

Die Strom- und Gaspreisbremse wird auch in Arztpraxen zu Entlastungen führen. Das **GKV-Finanzstabilisierungsgesetz** hat zwar das Ende der Neupatientenregelung gebracht, aber die offene Sprechstunde für grundversorgende Fachärzte bleibt. Sie muss jetzt aber auch genutzt werden, denn ab diesem Jahr ist durch die Rückführung der Leistungen der Neupatienten in das Budget die Wahrscheinlichkeit der Budgetüberschreitung mit quotierter Minimalvergütung für die meisten Praxen sehr real.

Auch die Neuregelung des **Hausarzt-vermittelten Facharzttermins** sollte man sich etwas genauer anschauen, denn auch hier gibt es Chancen. Hierzu haben wir bereits neue Auswertungen in unsere Abrechnungsanalyse aufgenommen und bieten Ihnen auch eine Fortbildung am 10. und am 15.02.2023 an.

Nach einer ausgiebigen Testphase starten wir jetzt offiziell mit unserem neuesten Produkt aus unserem Beratungs-Werkzeugkasten, dem **AAC-PRAXISNAVIGATOR®**. Hier können Sie unsere intuitive, optisch und funktional komplett überarbeitete Analyse-Software selbst nutzen. Von der Einzelpraxis bis zum großen Facharztzentrum – die Möglichkeit, selbst zu steuern bietet Ihnen ein Höchstmaß an Flexibilität und spart viel Zeit. Der Berater ist dabei jederzeit erreichbar und unterstützt Sie bei Bedarf. Mehr dazu auf **Seite 4**.

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

NEU: DER AAC-PRAXISNAVIGATOR®

Nach einer intensiven Testphase können wir Ihnen unser neues Produkt, den AAC-PRAXISNAVIGATOR® ganz direkt anbieten.

Durch die Nutzung der Abrechnungs-Software erleben Sie den Mehrwert in drei unterschiedlichen Nutzenkategorien:

1. Sie können die Abrechnung noch **einfacher** und **besser aussteuern!**
2. Sie **reduzieren** die **Zeit** für die Abrechnung bzw. die Abrechnungs-Kontrolle!
3. Sie bzw. Ihr Praxisteam arbeiten **zielgerichteter** und **effektiver!**

Ein großer Kundenwunsch ist, die Abrechnung flexibler zu steuern. Mit unseren klar strukturierten Berichten und Listen können viele MFA nach entsprechender Einweisung kompetent und souverän umgehen und die Abrechnung optimal aussteuern. Deshalb lag es nahe, Sie bzw. Ihr Praxisteam durch eine intensive Einweisungsphase in die Lage zu versetzen, die Hände selbst ans Steuern zu nehmen.

Der AAC-PRAXISNAVIGATOR® bietet Ihnen folgende Pluspunkte:

- ✦ intuitive Bedienung
- ✦ optisch und funktional komplett überarbeitete Benutzeroberfläche
- ✦ individuell konfigurierbares Analyse-Menü
- ✦ keine Installation von Software auf Ihrem Praxiscomputer
- ✦ Kompatibilität mit allen Windows-basierten Systemen
- ✦ Funktion der Software unabhängig vom jeweiligen Praxisverwaltungssystem
- ✦ Nutzung eines Privaten Virtuellen Netzwerks (VPN) in einem dreifach gesicherten, zertifizierten Rechenzentrum in Deutschland
- ✦ DSGVO-konforme Datenverarbeitung

NEU: DER AAC-PRAXISNAVIGATOR®

Mit dem AAC-PRAXISNAVIGATOR® können Sie **flexibel** und **autark** Ihre Abrechnung selbst steuern, Analysen erstellen so oft und so detailliert Sie wollen.

Wichtig ist:

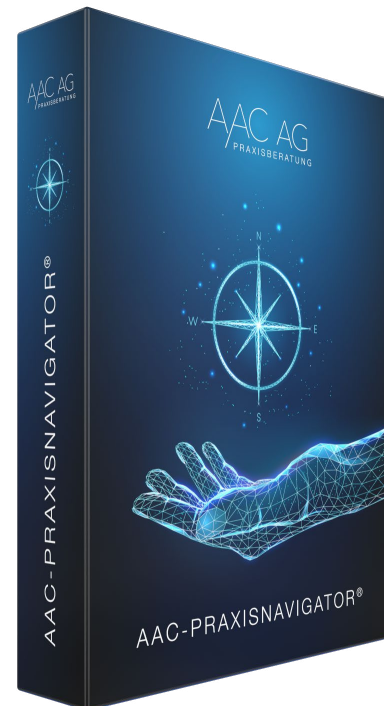
- ⊕ Wir lassen Sie mit der Software nicht allein.
- ⊕ Wir nehmen Sie bzw. Ihre MFA durch mehrere praxisbezogene Intensivtrainings an die Hand.
- ⊕ Wir entlassen Sie erst in die Abrechnungsfreiheit, wenn wir sehen, dass Sie mit der Software sicher umgehen können.
- ⊕ Unser Berater-Team ist jederzeit bei Bedarf mit fachlichem und technischem Rat zur Stelle.
- ⊕ Und sollten Sie wider Erwarten doch nicht klarkommen, auch kein Problem. Dann erstellen wir die Analysen und nehmen Sie wieder beratungstechnisch an die Hand. Versprochen.

Wer ist der richtige Kunde?

Zunächst gingen wir davon aus, dass es insbesondere Großpraxen wären, für die der AAC-PRAXISNAVIGATOR® eine interessante Option wäre. Weit gefehlt. Auch Einzelpraxen bzw. Gemeinschaftspraxen mit 1–5 Ärzten „schwören“ in der Zwischenzeit auf ihren AAC-PRAXISNAVIGATOR®.

Sie sind interessiert?

Vereinbaren Sie gerne mit Ihrem Praxisberater einen Termin für eine **kostenlose Live-Demonstration** des AAC-PRAXISNAVIGATORS®!





KENNEN SIE UNSERE PODCASTS? AAC ON AIR

Podcasts sind „in“. Ob zur Wissensvermittlung oder zur kurzweiligen Information in Gesprächsform über ein Thema, es gibt heute kaum einen Bereich, der ohne dieses Format zur Wissensvermittlung auskommt.

Auch wir haben Podcasts als interessantes Medium zur Wissens- und Informationsvermittlung entdeckt. Bei uns finden Sie Podcasts in drei Bereichen:

CHANCEN-PODCASTS

Hier finden Sie Beiträge zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen mit Bezug zur Abrechnung sowie zu ausgewählten neuen Beratungsangeboten. Einige Podcasts entstehen in Kooperation mit der Ärztezeitung.

Hören Sie rein! www.aac-ag.de/podcast



Für Praxisnavigator-Kunden

UPDATE-PODCASTS

Hier finden Sie zu den Updates des Programms am Ende des ersten und zweiten Monats eines Quartals alles Wissenswerte in einem Videopodcast zusammengefasst.

TRAININGS-PODCAST

Wir stellen für Sie Schritt für Schritt eine Podcast-Bibliothek zusammen. Hier finden Sie

- die wichtigen Themen zur Handhabung des Programms sowie
- die relevanten Auswertungen, Berichte mit Lese- und Interpretationsanleitungen.

Jeder einzelne Videopodcast erläutert die Fakten „kurz & knackig“ in weniger als fünf Minuten. So können Sie bzw. Ihre MFA sich schnell und effizient informieren.

Die Podcast-Bibliothek wird im Laufe des ersten Halbjahres 2023 schrittweise finalisiert und danach kontinuierlich aktualisiert.

Sie erreichen unsere Podcast-Sammlung unter: www.aac-ag.de/praxisnavigator/





EIN ERFAHRUNGSBERICHT: HZV-BERATUNG

Wir beraten seit einigen Quartalen eine stetig wachsende Zahl an Kunden neben der KV- auch zur HzV-Abrechnung. Deshalb freuen wir uns, bereits über erste konkrete Ergebnisse der Beratung, d. h. den Nutzen für den Kunden, berichten zu können.

Der **Nutzen** kann durch zwei einfache Dimensionen beschrieben werden:

1. MEHRUMSÄTZE

Steigerung der **Effektivität**

- Aufbau eines zweiten Standbeins neben der KV-Abrechnung bei HzV-Neustartern
- Steigerung des Scheinwerts bei HzV-Bestandskunden

2. ZEIT

Steigerung der **Effizienz**

- Reduktion von Arzt- und/oder MFA-Zeit für die Abrechnung bzw. das Abrechnungs-Controlling

Wir wollen Ihnen eine Praxis zeigen, die bereits Patienten in der HzV betreut, aber trotzdem signifikante Mehrumsätze verbunden mit einer Zeitersparnis durch eine optimierte HzV-Abrechnung realisieren kann.

Fallbeispiel

HAUSARZTPRAXIS, BAYERN

- ca. 4.000 bis 4.500 Patienten im KV-System sowie ca. 400 Patienten in der HzV
- Von den 5 Ärzten der Praxis betreuen 2 Ärzte (Dr. B., Dr. K.) Patienten im Rahmen der HzV.
- Scheinwert KV: im Durchschnitt ca. 75 Euro
- Zielsetzung: Optimierung der HzV-Abrechnung
- Beratungsbeginn: Q4 2021

EIN ERFAHRUNGSBERICHT: HZV-BERATUNG

MEHRUMSÄTZE

eStatistik	Behandlungsfallwert gesamt	
	Q3 2021	Q2 2022
Dr. B., 173 HzV-Patienten	81,98 Euro	88,03 Euro
Dr. K. 208 HzV-Patienten	86,65 Euro	92,61 Euro

Diese Umsatzsteigerung ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass jetzt einmalig zum Ende des Quartals anhand einer vorbereiteten Gesamtliste die umsatzstarken Einzelleistungen auf Vollständigkeit der Abrechnung überprüft werden können. Dies führt meistens zunächst zu ungläubigem Staunen, da viele Praxen meinen, dass sie nichts vergessen und vollständig abrechnen würden. In Abhängigkeit von der Zahl der eingeschriebenen Patienten können diese „vergessenen Leistungen“ aber schnell einen vier- in Einzelfällen sogar fünfstelligen Betrag ausmachen.

ZEIT

Zum Quartalsende kümmert sich Dr. B. selbst um die HzV-Abrechnung. Insgesamt investiert er bisher für die Kontrolle der Abrechnung der beiden HzV-Ärzte rund 2,5 Tage, d. h. 20 Arbeitsstunden pro Quartal. Durch die Bearbeitung der Auswertungen der HzV-Analyse konnte die Zeit um **75 %** auf 5 Stunden pro Quartal für beide Ärzte reduziert werden:

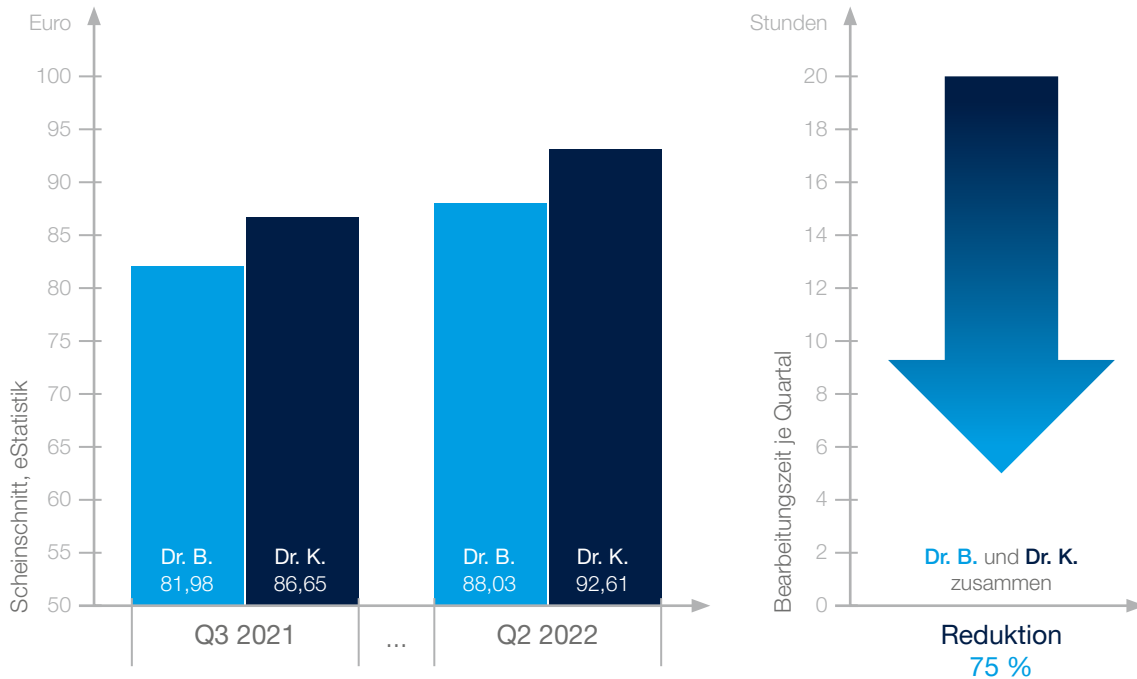
Kontrolle der Abrechnung	Zeitaufwand gesamt	
	Q3 2021	Q2 2022
Dr. B. und Dr. K.	20 Stunden	5 Stunden

Zitat Dr. B.:

„Früher habe ich Freitag, Samstag und Teile des Sonntags gebraucht, um das abzuarbeiten, also 2,5 Tage bzw. fast ein gesamtes Wochenende. Durch die Analyse ist es ein gemütlicher Freitagabend geworden.“

EIN ERFAHRUNGSBERICHT: HZV-BERATUNG

UMSATZSTEIGERUNG & ZEITERSPARNIS



Im Ergebnis dieser Listen lassen sich zum Quartalsende

- ⊙ Transparenz & Mehrumsätze durch eine vollständige Abrechnung und
- ⊙ enorme Zeitersparnisse erzielen.

Wäre das auch für Sie interessant?

Sprechen Sie Ihren Berater an. Wir demonstrieren Ihnen anhand einer **kostenlosen** und **unverbindlichen Potenzialanalyse** Ihrer Abrechnung den Nutzen unserer HzV-Analyse und Beratung.



WAS GIBT'S NEUES?

BUNDESWEITE REGELUNGEN AB 01.01.2023

1

Offene Sprechstunde, TSS- und Hausarztvermittlungsfall

Nachdem die Neupatientenregelung zum 01.01.2023 ersatzlos gestrichen wurde, gibt es nun verschiedene Anpassungen bei den anderen TSVG-Konstellationen.

Die **offene Sprechstunde** für die grundversorgenden Fachärzte bleibt erhalten. Die Leistungen im Rahmen der offenen Sprechstunde werden auch weiterhin extrabudgetär vergütet. Allerdings sieht der Gesetzgeber eine **unbefristete Bereinigung** vor. Diese greift, wenn das arztgruppenspezifische Punktzahlvolumen der Leistungen der offenen Sprechstunde im Vergleich zum Vorjahresquartal um mehr als 3 Prozent steigt.

Die **Terminvermittlung über die Terminservicestellen** wird besser honoriert. Die Zuschläge auf die jeweilige Grund-, Versicherten- oder Konsiliarpauschale steigt und alle Leistungen im Arztgruppenfall werden für diese Patienten wie bisher extrabudgetär vergütet.

Auch die **Hausarztvermittlungsfälle** wurden in der Honorierung aufgewertet und außerdem flexibler ausgestaltet. So haben die Haus- und Kinderärzte jetzt die Möglichkeit, Termine mit einer Frist von bis zu 35 Tagen an Fachärzte zu vermitteln. Ebenso ist auch hier die Vergütung der Zuschläge angehoben worden. Bei den mitbehandelnden Fachärzten werden die Leistungen im Behandlungsquartal nach wie vor extrabudgetär vergütet.

Für die Praxis

Für ausführlichere Informationen verweisen wir auf unser AAC-informiert. Dies finden Sie auch bei uns auf der Homepage. Ebenso werden wir am 10. und 15. Februar virtuelle Fortbildungsveranstaltungen zu diesem Thema anbieten.

2 Präventive Coronatests bis Ende Februar – Bürgertests und Vergütung angepasst

Die Möglichkeit der Bürgertestungen wurde deutlich eingeschränkt. Bis zum 28. Februar übernimmt der Bund die Kosten der präventiven Coronatests, ab März dann nicht mehr. Das regelt die neue Coronavirus-Testverordnung des Bundesgesundheitsministeriums. Bürgertests mit Eigenbeteiligung entfallen gänzlich. PoC-Antigentests von Personal in Gesundheitseinrichtungen, Tests vor Aufnahme in eine Gesundheitseinrichtung oder vor einer ambulanten Operation werden ebenfalls nicht mehr vom Bund finanziert. Praxen und Teststellen, die präventive Tests durchführen, können somit ab März nicht mehr über die KV abgerechnet werden. Einen Anspruch haben dann nur noch Patienten und deren Besucher bspw. in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie pflegende Angehörige und Menschen mit Behinderung.

Für die Praxis

Seit dem 1. Dezember 2022 wurde die Vergütung für Abstriche um 1 Euro abgesenkt, die Sachkosten werden seitdem mit 2 Euro erstattet. Ist der Patient symptomatisch, kann der Arzt die Untersuchung im Rahmen der ärztlichen Behandlung weiterhin veranlassen.

3 Coronavirus-Impfverordnung gilt noch bis zum 7. April 2023

Die **Coronavirus-Impfverordnung** gilt bis zum 7. April 2023. Bis dahin können Praxen die COVID-19-Schutzimpfungen unverändert durchführen. Ab dem 8. April 2023 soll die Impfung in die Regelversorgung übergehen.

Mit der verlängerten Dauer der Impfverordnung bleibt der Anspruch auf eine Impfung gegen COVID-19 unverändert bestehen. Auch die Vergütung bleibt unverändert bei 28 Euro je Impfung, an Wochenenden und Feiertagen bei 36 Euro. Bei den Bestell- und Lieferwegen ändert sich ebenfalls nichts. Auch wenn die Impfungen im zweiten Quartal 2023 in die Regelversorgung übergehen, wird der Bund noch bis Ende des Jahres 2023 die Impfstoffe beschaffen und bereitstellen.

4 Zeitraum für Kinder-Früherkennungsuntersuchungen U6 bis U9 verlängert

Die Vorsorgeuntersuchungen U6 bis U9 für Kinder zwischen 1 und 6 Jahren können seit dem 15. Dezember 2022 auch nach den vorgesehenen Zeiträumen und Toleranzzeiten in Anspruch genommen werden. Die Sonderregelung für Kinderfrüherkennungsuntersuchungen gilt vorerst bis zum 31. März 2023, das hat der G-BA entschieden und damit auf die hohe Anzahl an Infektionen der oberen Atemwege bei Kindern reagiert.

Durch die größeren Zeiträume sollen nicht nur die Arztpraxen, sondern auch Familien entlastet werden. Bis zum 30. Juni 2023 können die verschobenen Kinder-Früherkennungsuntersuchungen nachgeholt werden.

5 Telefonische AU bis Ende März verlängert

Patienten mit leichten Erkrankungen der oberen Atemwege können weiterhin bis zum 31. März 2023 für bis zu sieben Tage telefonisch krankgeschrieben werden. Nach telefonischer Anamnese wird die Arbeitsunfähigkeit ausgestellt und per Post an den Patienten übermittelt. Ist auch danach eine Arbeitsunfähigkeit notwendig, kann telefonisch einmalig eine Folge-AU für weitere sieben Kalendertage verlängert werden.

Die Bescheinigung bei Erkrankung des Kindes wurde ebenfalls verlängert. Das Gleiche gilt für das Porto, welches beim Versand dieser Bescheinigungen anfällt. Für die Abrechnung gilt die bekannte Ziffer 88122.

6 Berechnung der Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) bis 31.12.2023 verlängert

Die seit dem 1. Januar 2022 gültige EBM-Ziffer **01648** zur Erstbefüllung einer elektronischen Patientenakte (ePA), wurde um ein weiteres Jahr bis zum 31. Dezember 2023 verlängert.

Hintergrund ist, dass die ePA noch immer nur von einem Bruchteil der Versicherten genutzt wird und Erkenntnisse zum tatsächlichen Aufwand in den Praxen fehlen. Die Vergütung erfolgt weiterhin extrabudgetär.



7

eAU ab Januar für alle Arbeitgeber verpflichtend

Ab dem 1. Januar 2023 sind alle Arbeitgeber verpflichtet, die Arbeitsunfähigkeitsdaten ihrer Beschäftigten elektronisch bei den Krankenkassen abzurufen. Die neue Regelung gilt jedoch ausschließlich für gesetzlich versicherte Beschäftigte.

Der Patient hat sich bei seinem Arbeitgeber per Telefon oder E-Mail krankzumelden, die Pflicht zur Vorlage der AU-Bescheinigung beim Arbeitgeber ist nicht mehr vorgesehen. Auf Wunsch des Patienten kann jedoch ein unterschriebener Ausdruck für den Arbeitgeber ausgestellt werden.

Gut zu wissen

AU-Bescheinigungen aus dem Ausland für Privatversicherte sowie Arbeitslose oder über das Muster 21, bei Krankheit eines Kindes, sind von der neuen Regelung ausgenommen.

Für die Praxis

Praxisinhaber sind auch Arbeitgeber, deshalb müssen auch sie ab Januar die AU-Daten ihrer Angestellten bei den Krankenkassen abrufen. Diese Regelung entfällt, sofern Sie die AU-Bescheinigung Ihrer eigenen Beschäftigten selbst ausstellen.

Um die Daten von den Servern der Krankenkassen abzurufen, benötigen Sie eine zugelassene und datenschutzkonforme Software, ein Entgeltabrechnungs-Programm. Alternativ gibt es auch die sogenannte Ausfüllhilfe sv.net der Gesetzlichen Krankenversicherungen (<https://standard.gkvnet-ag.de/svnet/>). Haben Sie einen externen Dienstleister mit dem Personalmanagement beauftragt, ist zu prüfen, ob der digitale Abruf dort oder über den Steuerberater erfolgt.

Krankenhausbegleitung für Menschen mit Behinderung

Einige Menschen mit Behinderungen sind z. B. bei Krankenhausaufenthalten auf eine vertraute Bezugsperson angewiesen. Rückwirkend zum 1. November 2022 wurden die Rechte der Bezugspersonen gestärkt, indem sie für die Zeit der Begleitung des Patienten Lohnausfallzahlungen erhalten können.

Die Einschränkung bzw. Behinderung eines Menschen ist für sich allein kein begründendes Kriterium, um als Begleitperson ins Krankenhaus mitaufgenommen zu werden. Die Kriterien dazu wurden in drei verschiedene Fallgruppen zusammengefasst, die in der Anlage zur **Krankenhausbegleitungs-Richtlinie** des G-BA aufgeführt sind:

Fallgruppe 1	Begleitung zum Zweck der Verständigung
Fallgruppe 2	Begleitung zum Zweck der Unterstützung im Umgang mit durch die Krankenhausbehandlung verbundenen Belastungssituationen, insbesondere bei fehlender Kooperations- und Mitwirkungsfähigkeit
Fallgruppe 3	Begleitung zum Einbezug in das therapeutische Konzept während der Krankenhausbehandlung oder zur Einweisung in nach der stationären Krankenhausbehandlung weiterhin notwendige Maßnahmen

Ist eine Begleitung notwendig, stellt die Praxis eine ärztliche Bescheinigung aus. Dafür gibt es zwei Möglichkeiten, entweder durch eine textliche Ergänzung auf dem Einweisungsformular (Muster 2b) oder auf einer formlosen Zwei-Jahresbescheinigung. Hier wird die medizinische Notwendigkeit der Mitaufnahme einer Begleitperson gegenüber dem Krankenhaus in einem Text formuliert. In beiden Fällen ist es unablässig, die Kriterien der Begleitung zu begründen. Die zusätzliche Begründung bei der Ausstellung der Krankenhausverordnung oder das Ausstellen der Bescheinigung ist nicht separat über den EBM abrechnungsfähig.

Für die Praxis

Um die Begründung für die Notwendigkeit der Krankenhausbegleitung schnell auf die Verordnung oder in eine kurze Bescheinigung zu drucken, empfiehlt es sich mit Textbausteinen zu arbeiten. So könnte z. B. die Begründung lauten: Krankenhausbegleitung notwendig gemäß Fallgruppe 1 der Krankenhausbegleitungs-Richtlinie.

Quelle: www.g-ba.de/downloads/39-261-5595/2022-08-18_KHB-RL_Erstfassung_BAnz.pdf

9

Krankenhauspflegeentlastungsgesetz verabschiedet

Der Bundestag hat das **Krankenhauspflegeentlastungsgesetz** (KHPfIEG) beschlossen. Mit dem Gesetz leitet die Bundesregierung die ersten Schritte für eine umfassende Krankenhausreform ein. Einige Änderungen betreffen aber auch die niedergelassenen Vertragsärzte.

U. a. sieht das Gesetz die Einführung von sogenannten Hybrid-DRGs vor. Leistungen, die sowohl stationär als auch ambulant erbracht werden können, werden zukünftig zum gleichen Preis vergütet.

Um die Digitalisierung im Gesundheitswesen zu beschleunigen, werden die Krankenkassen per Gesetz verpflichtet, ihren Versicherten auf Verlangen eine NFC-fähige eGK zur Verfügung zu stellen.

Neu ist zudem, dass alle Vertragsärzte ab 1. Juli 2023 eine **monatliche Pauschale** für die Ausstattung und den Betrieb der **TI** erhalten. Bisher ist es so geregelt, dass die TI-Finanzierung über einzelne Pauschalen, wie z. B. beim Erwerb von Konnektoren oder Kartenterminals, vergütet werden. Nun haben GKV-Spitzenverband und KBV bis zum 30. April 2023 Zeit, die Höhe der monatlichen Pauschale festzulegen. Für Praxen bedeutet die neue Regelung dann allerdings in Vorleistung zu gehen, um z. B. TI-Komponenten zu erwerben.

10

Klarheit bei Verordnung von Krankenfahrten zu Gesundheits- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

Patienten mit einer stark eingeschränkten Mobilität, können zu Gesundheits- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen auch mit einem Krankentransport (Taxi/Mietwagen) gebracht werden. Das hat der G-BA klargestellt. Nun können Praxen ihren anspruchsberechtigten Patienten in diesen Fällen eine Verordnung ausstellen. Eine Genehmigung durch die Krankenkasse ist **nicht** erforderlich. Zu den Gesundheits- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen gehören beispielsweise das Mammographie-Screening, das Darmkrebs-Screening und die Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen.

Gut zu wissen

Anspruchsberechtigt sind Patienten mit einem Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“. Auch Pflegebedürftige mit einem Pflegegrad 4 oder 5 fallen unter die Regelung. Bei Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 3 gilt der Anspruch, sofern bei ihnen eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität vorliegt.



11 Gynäkologische Zytologie ab Januar 2023

Niedergelassene Gynäkologen können ab Januar kurative immunzytologische Untersuchungen der Zervix abrechnen. Dazu wurden neue Ziffern in den EBM aufgenommen. Damit hat der Bewertungsausschuss die abrechnungsfähigen Ziffern entsprechend den Inhalten der Zusatz-Weiterbildung Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie der Musterweiterbildungsordnung angepasst und bei den abrechnungsberechtigten Arztgruppen eingeordnet. Bei Vorliegen entsprechender Qualifikationen und Genehmigungen können die nachfolgenden Ziffern neben den Gynäkologen auch von Laborärzten und Pathologen berechnet werden.

Nachfolgende Übersicht zeigt, was sich konkret geändert hat.

Ziffer neu	Inhalt	Wert neu	Ziffer alt	Wert alt	Anpassung Leistungsinhalte
19327	zytologische Untersuchung eines oder mehrerer Abstriche von der Portio-Oberfläche und/oder aus dem Zervixkanal	20,68 €	19318	6,53 €	zusätzliche neue Leistungsinhalte: <ul style="list-style-type: none"> • weiterführende immunzytochemische Untersuchungen • mittels spezieller Färbung zur Diagnostik der hormonellen Funktion
19328	Kurativer HPV-Nachweis mittels Nukleinsäureamplifikationsverfahren	21,60 €	32819	21,00 €	keine
08315	Zytologische Untersuchung zur Diagnostik der hormonellen Funktion	3,10 €	19331	3,04 €	keine

Für die Praxis

Die Abrechnung der 19327 bedarf der Zusatz-Weiterbildung Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie sowie der Abrechnungsgenehmigung der KV nach der QS-Vereinbarung Zervix-Zytologie. Besitzen Sie diese Abrechnungsgenehmigung schon, brauchen Sie keinen erneuten Antrag stellen, da die Genehmigung automatisch angepasst wird.

Die Abrechnung der 19328 setzt eine Genehmigung nach der QS-Vereinbarung Speziallabor voraus.

12 Neues Formular für Reha-Sport – Muster 56 gänzlich neu

Ab dem 1. Januar 2023 gilt ein überarbeitetes Formular Muster 56, für die Verordnung von Rehabilitationssport und Funktionstraining. Auf Grund einer aktualisierten Rahmenvereinbarung wurde das Formular angepasst. Das alte Muster ist ab Jahresbeginn nicht mehr zu verwenden, hier gilt die Stichtagregelung.

Zu den Änderungen zählen, dass die Felder der ICD-10-Kodes erweitert wurden. Besteht ein erhöhter Teilhabebedarf für Schwerstbehinderte z. B. Blindheit, Doppelamputation, Hirnverletzung oder Menschen mit schweren Lähmungen, wird dieser über ein neues Ankreuzfeld kenntlich gemacht. Zudem ist die Liste der Krankheiten mit erweitertem Leistungsumfang für Rehabilitationssport ergänzt worden. Dazu zählen:

- leichte bis mittelgradige dementielle Syndrome
- Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen
- mittelgradige Intelligenzminderung

Die Verordnungsmöglichkeit für spezielle Herzinsuffizienzgruppen mit hohem vaskulären Ereignisrisiko, wurde ebenfalls erweitert. Neu ist zudem, dass bei Verordnungen von Funktionstraining eine Kombination aus Wasser- und Trockengymnastik empfohlen werden kann.

13 App „zanadio“ mit eigener Ziffer

Für die digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) „zanadio“ gilt ab dem 1. Januar 2023 die neue EBM-Ziffer 01473. Zanadio ist eine digitale Adipositas-Therapie. Die Ziffer wird zur Verlaufskontrolle und Auswertung **ausschließlich weiblicher Adipositas-Patientinnen** ab 18 Jahren angesetzt. Hausärzte, Internisten ohne Schwerpunkt oder mit den Schwerpunkten Endokrinologie, Gastroenterologie und Kardiologie können die Leistung einmal im Behandlungsfall abrechnen.

Bisher war die DiGA „zanadio“ über die Ziffer 86700 abrechenbar, da sie sich in der Erprobungsphase befand. Da die App nun dauerhaft im Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gelistet ist, gilt die neue EBM-Ziffer 01473.

Ziffer	Beschreibung	Wert
01473	Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) zanadio gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen	7,35 €

14 Videofallkonferenz und Authentifizierungszuschlag verlängert

Videofallkonferenzen zwischen behandelndem Arzt und Pflegefachkraft werden über die Ziffer 01442 abgerechnet. Diese Leistung wird auch im Jahr 2023 extrabudgetär vergütet. Grund hierfür ist die unterschiedliche Inanspruchnahme der Leistung in den Jahren 2020 und 2021. Die Ziffer 01442 wird bei Videofallkonferenzen zwischen der Pflegekraft eines chronisch pflegebedürftigen Patienten und dem Arzt oder Psychotherapeuten, der die diagnostischen, therapeutischen, rehabilitativen oder pflegerischen Maßnahmen koordiniert angesetzt.

Auch die Abrechnungsmöglichkeit des Authentifizierungszuschlags bei einer Videosprechstunde mit der Ziffer 01444 wird um ein weiteres Jahr verlängert. Die technische Authentifizierungslösung für die Videosprechstunde soll zukünftig flächendeckend auf Basis von digitalen Versichertenidentitäten möglich sein. Da diese erst zum Ende des Jahres zur Verfügung steht, gilt der Authentifizierungszuschlag für ein weiteres Jahr.

15 Telemonitoring Herzinsuffizienz: Datenerhebung für erste Jahresstatistik startet

Telemedizinische Zentren (TMZ) müssen ab Januar Daten für die jährliche Jahresstatistik zum Telemonitoring Herzinsuffizienz erheben. Auch EBM-Änderungen treten in diesem Zusammenhang in Kraft.

Ab Januar 2023 erstellen TMZ eine Jahresstatistik ihrer Patienten, die durch Telemonitoring versorgt werden. Diese neue Statistik ist bis zum 30. April 2024 an die regionale KV zu übermitteln. In der neuen Statistik werden ärztliche Dokumentationen sowie daraus statistisch zu berechnende Angaben erfasst. Die Angaben zum Telemonitoring sind getrennt zwischen Implantaten und externen Geräten, sowie für das intensivierete und das normale Telemonitoring aufzunehmen.

Zusätzlich gelten ab dem 1. Januar 2023 neue Abrechnungsbestimmungen im EBM und bestimmte Abrechnungsausschlüsse werden aufgehoben.

16 Hallo Baby-Vertrag – neue Leistung für Gynäkologen

Der Vertrag „Hallo Baby“ wird in einigen KVn (Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern) zum 1. Januar 2023 um eine Leistung erweitert. Hierzu soll auf das Vorsorge-Programm „BKK STARKE KIDS“ aufmerksam gemacht werden.

Schwangere können sich im 3. Trimenon und ab der 28. Schwangerschaftswoche bereits vor der Geburt von Kinder- und Jugendärzten zu Fragen der Kindergesundheit beraten lassen. Gynäkologen, die an dem Vertrag „Hallo Baby“ teilnehmen, können auf diese neue Inanspruchnahme hinweisen und erhalten 10 Euro extrabudgetär vergütet.

17 Zweitmeinung Cholezystektomie

Ab dem 1. Januar 2023 tritt ein neues Zweitmeinungsverfahren – Eingriffe zur **Cholezystektomie** – in Kraft. Ausgenommen sind Eingriffe aufgrund eines akuten Abdomens, einer Tumorerkrankung der Gallenblase oder einer abdominalen Tumoroperation mit erforderlicher Entfernung der Gallenblase. Der indikationsstellende Arzt (Erstmeiner) kann hierfür die Ziffer 01645 mit dem Suffix I ansetzen.

Folgende Fachrichtungen können die Zweitmeinung anbieten:

- Innere Medizin und Gastroenterologie,
- Allgemein Chirurgie,
- Viszeralchirurgie,
- Kinder- und Jugendchirurgie oder
- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie

Der „Zweitmeiner“ rechnet die jeweilige arztgruppenspezifische Grund- oder Konsiliarpauschale ab. Sind für die Beurteilung ergänzende Untersuchungen notwendig, können diese erbracht werden, sind aber medizinisch zu begründen. Um den Tag der Zweitmeinung zu kennzeichnen, wird die Pseudoziffer 88200I als LANR-bezogene Tageskennzeichnung im PVS eingetragen. Alle Leistungen in derselben Sitzung, d. h. an diesem Tag, werden extrabudgetär vergütet.

18 Außerklinische Intensivpflege

Patienten, die außerklinische Intensivpflege benötigen, wurden bisher im Rahmen der häuslichen Krankenpflege versorgt. Durch das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz wurde festgelegt, dass die außerklinische Intensivpflege eine eigene Leistung darstellt. Dafür wurde zum 01.12.2022 in den EBM ein neues Kapitel 37.7 aufgenommen. Die Leistungen dieses Abschnitts sind nur für die Behandlung von Patienten gemäß der Richtlinie über die außerklinische Intensivpflege des G-BA berechnungsfähig. Weitere Leistungen kommen zum 01.01.2023 hinzu. Insgesamt gibt es damit neun Leistungsziffern für die Versorgung beatmeter Patienten, wovon ein Teil nur mit Genehmigung zur Intensivpflege-Verordnung abgerechnet werden darf.

Näheres dazu finden Sie auf der Seite der KBV: www.kbv.de/html/60812.php

19 Weiterentwicklung des ambulanten Operierens

KBV und der Spitzenverband der Krankenkassen haben ein umfangreiches Förderpaket zur Ausweitung des **ambulanten Operierens** auf den Weg gebracht. Insgesamt wird damit ein erster wichtiger Schritt zur Ambulantisierung, d. h. zur Verlagerung von stationären Eingriffen in den ambulanten Bereich, vorgenommen. Weitere Schritte des Gesetzgebers – Stichwort „Hybrid-DRG“ im Rahmen der neuen sektorengleichen Vergütung befinden sich bereits in der Vorbereitung.

Das Förderpaket enthält insgesamt 5 Komponenten:

1. Neubewertung der ambulanten und belegärztlichen operativen Leistungen
2. Förderung ausgewählter ambulanter Operationen durch Zuschläge
3. Ausweitung des Spektrums ambulanter Operationen durch neue OPS-Kodes
4. Zuschläge bei längerer postoperativer Nachbeobachtung für definierte Konstellationen
5. neuer Zuschlag zur Vergütung von Reoperationen

Wir haben für Sie die umfangreichen Neuregelungen zum ambulanten Operieren in einem „AAC-informiert“ noch einmal übersichtlich zusammengefasst. Dies ist bei uns auf der Homepage erhältlich.

WAS GIBT'S NEUES?

REGIONALE KV-REGELUNGEN AB 01.01.2023



BADEN-WÜRTTEMBERG

Neue Ziffer erfasst die Ausfallzeiten bei Nichterscheinen von TSS-Patienten

Psychotherapeuten können ab Januar die neue Pseudoziffer 99111 bei Nichterscheinen von TSS-Patienten im PVS zur Dokumentation verwenden. Damit werden nicht wahrgenommene Termine dokumentiert, die über die Terminservicestelle vereinbart wurden.

Psychotherapeuten beklagen, dass über die TSS vermittelte Patienten in einem nennenswerten Umfang entweder überhaupt nicht erscheinen oder im Laufe der Therapie, diese einfach abbrechen. Aufgrund der Langfristigkeit der Planung der einzelnen Behandlungseinheiten entstehen so Umsatzeinbußen.

Quelle: www.kvbawue.de/praxis/aktuelles/nachrichten-zum-praxisalltag/news-artikel/terminservicestelle-nicht-wahrgenommene-vermittelte-termine-dokumentieren



Neuer Honorarverteilungsmaßstab (HVM) ab Januar 2023

Der Übergangs-HVM 2022 wurde zum Januar 2023 wieder durch einen regulären HVM abgelöst. Aufgrund der Rücknahme der extrabudgetären Vergütung von Leistungen bei Neupatienten und der damit verbundenen Rückführung in die MGV hat sich die KV Berlin dazu entschieden, wieder auf die alte RLV-/QZV-Systematik umzustellen. Bezugsgröße für die Budgetberechnung werden wieder die Fallzahlen des Vorjahresquartals sein. Bei der Fallzählung werden die Neupatienten des Vorjahresquartals allerdings nur anteilig berücksichtigt. Weitere Änderungen gibt es bei den Zuschlägen aufgrund des Kooperationsgrades. Dieser wird jetzt auf RLV und QZV gewährt, aber bei 80 % quotiert.

Berliner Kunden werden wir dazu noch ausführlich informieren.

Quelle: KV Berlin / HVM ab Januar 2023

Neuer Vertrag im Rahmen der Verbeamtung von Lehrkräften

Die KV hat am 7. November 2022 einen Vertrag mit dem Land Berlin für ärztliche Leistungen im Rahmen der Verbeamtung von Lehrkräften geschlossen. Hier soll vor einer Verbeamtung der Gesundheitszustand des Anwärters festgestellt und eine ärztliche Empfehlung abgegeben werden.

Berechtigte Lehrkräfte können den Arzt frei wählen. Jedoch darf der zu untersuchende Lehrer in der gewählten Praxis zuvor nicht in Behandlung gewesen sein, auch ein familiäres Verhältnis zum beurteilenden Arzt darf nicht bestehen. Die Gesundheitsvorsorgeuntersuchung sowie die ärztliche Empfehlung werden im Ersatzverfahren über die Pseudoziffer 91732 abgerechnet. Die Leistung wird mit 130 Euro vergütet.

Folgende Fachgruppen sind teilnahmeberechtigt:

- Hausärzte
- praktische Ärzte sowie Ärzte ohne Gebietsbezeichnung
- Innere Medizin mit und ohne Schwerpunkt
- Anästhesisten

Sind weitere Untersuchungen von Fachärzten erforderlich, werden entsprechende Überweisungen ausgestellt. Hinzugezogene Fachärzte können nur über einen Überweisungsschein, durch den beauftragenden Arzt, tätig werden. Der Facharzt erstellt für seine Leistungen eine GOÄ-Rechnung und rechnet die Gesamtsumme über die Pseudoziffer 91733 ab. Die Rechnungssumme wird dabei in Feld 5012 zur Pseudoziffer 91733 eingetragen.

Quelle: www.kvberlin.de/fuer-praxen/aktuelles/praxis-news/detailansicht/pn221122



BERLIN (Fortsetzung)

Frühbehandlungsstrukturvertrag der AOK gekündigt

Ärzte, die an dem Frühbehandlungsstrukturvertrag der AOK teilnehmen, konnten ihren AOK-Patienten ab 40 Jahren eine Darmkrebsfrüherkennung anbieten und diese erbringen. Dieser Vertrag wurde zum Jahresende 2022 gekündigt. Die bereits im Jahr 2022 begonnenen Behandlungen können noch bis zum 30. Juni 2023 abgeschlossen werden.

Quelle: www.kvberlin.de/fuer-praxen/aktuelles/praxis-news/detailansicht/pn221108

Neuer Vertrag VorsorgePlus mit der KKH und HEK

Seit dem 1. November 2022 gilt der neue Vertrag „VorsorgePlus“ für ein übergreifendes Versorgungsangebot. Hier werden verschiedene Versorgungsprogramme für sechs definierte Indikationen zur frühzeitigen Diagnostik und Nachsorge angeboten.

Alle Leistungen werden über definierte Pseudoziffern extrabudgetär vergütet. Die Früherkennung ist einmalig je Versorgungsprogramm, die Nachsorge einmalig im Behandlungsfall abrechenbar. Nach der Früherkennung kann die Nachsorge maximal achtmal je Versorgungsprogramm angesetzt werden. Die Teilnahme ist je Patient und Versorgungsprogramm auf maximal neun Quartale begrenzt.

Quelle: Rundschreiben vom 17.11.2022
www.kvberlin.de/fuer-praxen/aktuelles/praxis-news/detailansicht/pn221122



MECKLENBURG-VORPOMMERN

Impfanspruch gegen Affenpocken erweitert

Schutzimpfungen gegen Affenpocken werden seit dem vierten Quartal zulasten der GKV durchgeführt und abgerechnet. Anspruch haben derzeit homosexuelle Männer mit einem erhöhten Infektionsrisiko und Menschen, die in Laboren ein beruflich bedingtes Expositionsrisiko haben. Ungeimpfte erhalten zwei Impfdosen im Abstand von mindestens 28 Tagen, 1. Impfung: 89134 A, 2. Impfung: 89134 B.

Quelle: Journal November 2022

KV ND NIEDERSACHSEN

Einsatz von Smart-Ereignis-Rekordern zur Erfassung von Herzrhythmusstörungen mit der AOK Niedersachsen verlängert

Die AOK Niedersachsen hat die Untersuchung mit smarten EKG-Sensoren bis zum 30. September 2024 verlängert. Smart-Ereignis-Rekorder stellen eine kosteneffiziente Alternative zu implantierbaren Eventrekordern dar und bieten eine ambulante Diagnostikmethode zur Langzeit-EKG-Messung für bis zu 14 Tage bei Synkope und/oder Herzrhythmusstörungen.

Quelle: Rundschreiben Dezember 2022

KV NR NORDRHEIN

Förderung der Infektionssprechstunde bis Mitte 2023 verlängert

Seit April 2021 erhalten Haus- und Kinderärzte sowie Fachärzte, die Infektionssprechstunden anbieten, einen finanziellen Bonus. Diese Förderung gilt aufgrund des unverändert hohen Infektionsgeschehens noch bis zum 30. Juni 2023. Patienten, die aufgrund eines klinischen Verdachts oder einer nachgewiesenen SARS-CoV-2-Infektion in die Infektionssprechstunde kommen, werden mit den bekannten Pseudoziffern 97150 und 97151 abgerechnet. Zusätzlich ist zur Kennzeichnung die Ziffer 99240 im PVS anzugeben.

Findet eine Infektionssprechstunde am Wochenende statt, so werden die Pseudoziffern 97151 und 99240 angegeben. Als Voraussetzung für die finanzielle Förderung gilt, dass innerhalb eines Quartals mindestens 20 symptomatische Corona-Patienten in der Praxis behandelt werden.

Quelle: Praxisinformation 30. November 2022

KV S SACHSEN

AOK PLUS-Modellvorhaben zum elektronischen Impfpass beendet

Die AOK PLUS und die KV Sachsen haben das gemeinsame Modellvorhaben zum elektronischen Impfpass (elmpfpass) mit Wirkung zum 31. Dezember 2022 beendet.

Quelle: www.kvs-sachsen.de/aktuell/aktuelle-nachrichten-und-themen/2408-beendigung-des-aok-plus-modellvorhabens-zum-elektronischen-impfpass/



SCHLESWIG-HOLSTEIN

LKK tritt allen DMP-Verträgen bei

Die LKK ist zum 1. Januar 2023 allen bestehenden DMP-Verträgen beigetreten. In diesem Zuge wurden die bisherigen Chroniker-Verträge und die Diabetesvereinbarung zum 31. Dezember 2022 gekündigt. Alle LKK-Patienten, die im Rahmen der Chroniker-Verträge behandelt wurden, müssen ab dem 1. Januar 2023 in den entsprechenden DMP-Vertrag eingeschrieben werden. Dazu wird die Teilnahmeerklärung mit dem Patienten ausgefüllt und eine Erstdokumentation an die DAVASO GmbH übermittelt.

Die Abrechnung der LKK-Patienten erfolgt wie für andere DMP-Patienten auch über die Vergütungsziffern, gemäß der jeweiligen DMP-Indikation. Liegt bereits eine Genehmigung für die jeweilige DMP-Indikation vor, gilt diese ab 1. Januar 2023 auch für die LKK. Eine Antragstellung ist nur erforderlich, wenn die Praxis noch nicht an den DMP-Verträgen teilnimmt.

Quelle: Newsletter Dezember 2022

Hinweis:

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

WAS GIBT'S NEUES?

REGIONALE HZV-REGELUNGEN AB 01.01.2023

HZV BW

BADEN-WÜRTTEMBERG

Früherkennungsmodul Diabetesleber
– zur Diagnose und Nachsorge der diabetesassoziierten Lebererkrankung

bisherige Regelung

neue Regelung

Teilnahme EK und TK

zusätzliche Teilnahme Barmer und KKH

HZV BY

BAYERN

BKK-HZV-Vertrag

bisherige Regelung

neue Regelung

-

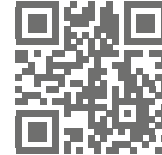
**Südzucker BKK nimmt zum 1. Januar 2023
an BKK-HZV-Vertrag teil**

KOOPERATIONSPARTNER

ABRECHNUNGSTIPPS FÜR DIE PRIVATABRECHNUNG

An dieser Stelle geben wir Ihnen gern wieder zwei Abrechnungstipps für die Privatabrechnung von unserem Kooperationspartner, der **PVS Südwest**.

www.pvs-suedwest.de



Nicht vergessen! Die Abrechnung der GOÄ Nr. 15 bei chronischen Patienten

Mit der Abrechnung der Nr. 15 GOÄ verbinden sich weniger Probleme, als von vielen Ärzten erwartet wird. Es kommt allerdings auf eine genaue Kenntnis der Voraussetzungen an.

Was sind denn die Voraussetzungen zur Abrechnung dieser Ziffer und was beinhaltet diese?

Wesentlichen Aufschluss über die Ansetzbarkeit der Nr. 15 GOÄ liefert bereits deren Leistungslegende „Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken“. Danach kann die Nr. 15 GOÄ – einmal im Kalenderjahr – abgerechnet werden, wenn

- der Patient kontinuierlich ambulant behandelt wird,
- er chronisch krank ist und
- flankierende soziale und/oder therapeutische Maßnahmen durchgeführt werden.

Muss der Patient unmittelbaren Arztkontakt gehabt haben, um die Ziffer 15 abzurechnen?

Für die Abrechenbarkeit der Nr. 15 GOÄ ist dabei der unmittelbare Arzt-Patienten-Kontakt am Tag (Datum auf der Rechnung), an dem die Nr. 15 GOÄ angesetzt wurde, nicht zwingend. Die Kontrolle der durchgeführten Maßnahmen kann auch und gerade in Abwesenheit des Patienten erfolgen. Nachvollziehbarer für den Zahlungspflichtigen ist der Ansatz aber sicherlich immer dann, wenn ein persönlicher Kontakt stattgefunden hat oder aber wenn die entsprechende Maßnahme (an diesem Datum) dem Zahlungspflichtigen bekannt ist. Dies könnte durch einen zusätzlichen Hinweis zur Nr. 15 GOÄ auf der Rechnung geschehen.

Abrechnung der GOÄ Nr. 15 bei chronischen Patienten (Fortsetzung)

Spielt die Anzahl der Patientenkontakte eine Rolle?

Auch die Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte bildet prinzipiell keine Voraussetzung, um den Leistungsinhalt der Nr. 15 GOÄ erfüllen zu können. In dem Kommentar zur Gebührenordnung vom Deutschen Ärzte-Verlag wird ausgeführt, dass sich die Tätigkeit des Arztes im Extremfall auf die Einleitung und Koordinierung flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen erschöpfen könne, ohne dass neben der Nr. 15 GOÄ für das Kalenderjahr weitere Leistungen abgerechnet würden. Dass der Arzt bei dieser Konstellation den Erfolg unterschiedlicher therapeutischer und sozialer Maßnahmen allein aufgrund mündlicher und schriftlicher Unterlagen beurteilen und weiter koordinieren kann, gestaltet sich allerdings etwas schwierig.

Wann kann die Ziffer 15 abgerechnet werden?

Eine häufig gestellte Frage ist, wann im Verlauf der koordinierenden Maßnahmen die Leistung nach Nr. 15 GOÄ angesetzt werden kann. Grundsätzlich kann eine Leistung dann angesetzt werden, wenn der Leistungsinhalt erfüllt wurde. Dies spricht dafür, die Leistung jeweils zum Ende des Kalenderjahres anzusetzen.

Mehr Geld für Durchgangsarztberichte und ambulante Operationen in der Unfallversicherung

Leistungen der Unfallversicherungen werden seit dem 1. Januar höher vergütet. Darauf haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung geeinigt, wie die KBV jetzt mitteilte.

Demnach erhalten Durchgangsärzte bei der Versorgung von Patienten nach einem Arbeitsunfall seit Jahresbeginn 20 statt 17,81 Euro für **Durchgangsarztberichte**. Damit sollen in einem ersten Schritt die gestiegenen Kosten der Ärzte bei der Betreuung von Unfallverletzten für die gesetzliche Unfallversicherung ausgeglichen werden.

Die Zuschläge für **ambulante Operationen** (Nr. 442 und 442a bis 445 UV-GOÄ) sind ebenfalls um rund zehn Prozent gestiegen: Sie liegen nun je nach Behandlungsumfang zwischen 35,83 und 197,10 Euro – und damit deutlich über den bisher gezahlten. Um rund 14 Prozent wurden zudem die Gebühren für den Epikutantest zum Nachweis bestimmter allergischer Reaktionen (Nr. 380, 381 und 382) angehoben.

Darüber hinaus hat die Ständige Gebührenkommission von KBV und Unfallversicherung die Aufnahme neuer Leistungen in die Gebührenordnung für Ärzte in der gesetzlichen Unfallversicherung (UV-GOÄ) beschlossen und die Leistungslegenden entsprechend angepasst.

- So können Unfallverletzte nun auch **telemedizinisch beraten** werden. Hierfür wurden die Nummern 10 (8 Euro) und 10a (16 Euro) eingeführt – für Leistungen von einer Dauer von bis zu 10 Minuten und für mehr als 10 Minuten.
- Die Kontrolle bestimmter **Frakturen** kann bei Patienten bis zum 18. Lebensjahr nun über zwei neue Gebührennummern (Nr. 411 / 35 Euro und Nr. 411a / 10 Euro) abgerechnet und so die Strahlenbelastung durch Röntgenuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen vermieden werden.

Weitere Anpassungen der Leistungslegenden betreffen **dermatologische Erkrankungen**:

- die Fotodokumentation von Hautkrankheiten (Nr. 196 / 10,31 Euro),
- die Testung mit patienteneigenen Substanzen (Nr. 379) sowie
- die Photodynamische Therapie (PDT). Hier können Dermatologen mit der Tageslicht-PDT (Nr. 572 / 35 Euro) und der technisch simulierten Tageslicht-PDT (Nr. 573 / 75 Euro) zwei zusätzliche PDT-Formen abrechnen.
- Dank der Erweiterung der Nummer 740a ist es jetzt zudem möglich, die chemochirurgische Therapie aktinischer Keratosen abzurechnen.

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

