

AAC *Magazin*



NEUES ZU ABRECHNUNG UND HONORAR AUF EINEN BLICK

AUSGABE 17 – Q2 2023

NR. 17 – Q2 2023

INHALT

DAS ABRECHNUNGS-KOMPETENZ-CENTER	4
AAC-POTENTIAL-CHECK IM VERLAUF	6
Bundesweite Regelungen ab 01.04.2023	11
Regionale KV-Regelungen ab 01.04.2023	24
HzV-Regelungen ab 01.04.2023	30
Abrechnungstipps für die Privatabrechnung	32

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 © pickup stock.adobe.com
Seite 5 © Karl-Hendrik Tittel, Caroline Wimmer
Seite 10 © alphaspirt - stock.adobe.com
Seite 14 © Gorodenkoff - stock.adobe.com
Seite 18 © ipopba - stock.adobe.com
Seite 23 © Sergey Nivens - stock.adobe.com
Seite 29 © madamlead - stock.adobe.com
Seite 36 © Elena Butusova - 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 sind bereits im zweiten Quartal 2023. Auch wenn weiterhin die bekannten „schlechte Laune Themen“ wie Inflation, Personalmangel sowie in vielen Fachgruppen Budgetierung und Restwertvergütung die Konzentration auf die Patientenversorgung stören, so möchten wir Ihnen Mut machen und Sie - wie gewohnt - gezielt unterstützen. Insgesamt scheint sich die Stimmung der Ärzteschaft wieder etwas aufzuhellen. So ist der sogenannte Medizinklimaindex der Stiftung Gesundheit, der als Indikator für die wirtschaftliche Stimmung unter Ärzten und Therapeuten gilt, im ersten Quartal 2023 erstmals wieder gestiegen.

Auch in diesem Quartal haben wir in unseren Auswertungen wieder einiges Neues vorgesehen, um Ihnen die Arbeit zu erleichtern und den betriebswirtschaftlichen Erfolg zu sichern.

Unsere Berater werden Ihnen erstmals Ihre Potentiale im Verlauf zeigen können. Es ist verblüffend zu sehen, wie viele nicht abgerechnete Leistungen regelmäßig am Quartalsende stehen bleiben. Das summiert sich in vielen Praxen innerhalb von zwei Quartalen bereits auf eine respektable fünfstellige Summe. Wir zeigen Ihnen, wie Sie dieses Honorar „retten“ können. Sie haben kein Geld zu verschenken.

Die Nutzung der Möglichkeiten der offenen Sprechstunde und des Hausarzt vermittelten Facharzttermins sind weitere Bausteine zur Honoraroptimierung.

Der AAC-PRAXISNAVIGATOR®, die Software zum eigenständigen Controlling Ihrer KV- bzw. HzV-Abrechnung, hat einen fulminanten Start hingelegt, ein Erfolg, der uns selbst ein wenig überrascht hat und den großen Bedarf nach einer solchen Lösung zeigt.

Wir zeigen Ihnen in dieser und den nächsten beiden Ausgaben wie wir unsere Kunden, die sich für den AAC-PRAXISNAVIGATOR® entschieden haben Schritt für Schritt an die Hand nehmen. Denn auch bei Nutzung unserer Software werden Sie beraten – persönlich, intensiv und individuell. Bei uns wartet kein Call-Center auf Ihren Anruf, sondern wir kümmern uns aktiv um jeden unserer Kunden. Diese Beratungs-Philosophie haben wir uns auf die Fahne geschrieben und leben sie.

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

UNSER TEAM ZU IHRER UNTERSTÜTZUNG

Wir haben als Reaktion auf unseren ständig wachsenden Kundenstamm in Berlin eine besondere Abteilung eingerichtet, das **Abrechnungs-Kompetenz-Center (AKC)**. Hier wollen wir alle Funktionen, die mit der unmittelbaren **Kundenbetreuung** im Zusammenhang stehen, bündeln. Dies bedeutet, dass neben Ihrem direkten Abrechnungs-Berater vor Ort auch unsere Mitarbeiter des AKC Ihnen kompetent mit Rat und Tat zur Seite stehen.

UNSER LEISTUNGSANGEBOT

Das AKC steht Ihnen zunächst für alle fachlichen Fragen in Zusammenhang mit Abrechnung und Honorar zur Verfügung. Darüber hinaus haben hier alle Kunden, die den **AAC-PRAXISNAVIGATOR®** als Software zum erfolgreichen, selbstständigen Controlling Ihrer KV- bzw. HzV-Abrechnung nutzen, bei **fachlichen Fragen** und **technischen Problemen** kompetente Ansprechpartner.

Wir sind aber nicht nur für Fragen und zur Problemlösung da, sondern

- organisieren auch Fortbildungsveranstaltungen,
- bereiten die komplexen Themen des Gesundheitswesens und der Abrechnung gut lesbar und leicht verständlich in unserem Format „AAC-informiert“ oder
- in unserem quartalsweise erscheinenden Kunden-Magazin auf.

Wir wollen unsere Kunden persönlich und qualifiziert beraten. Das ist ein hoher Anspruch, das ist uns bewusst. Wir sind gerne für Sie da.

ZEITEN

werktags von 8:30 bis 17:00 Uhr

E-MAIL

kundenbetreuung@aac-ag.de

UNSER ABRECHNUNGS-KOMPETENZ-CENTER

FÜR FACHLICHE FRAGEN

Telefon 0 30 · 22 44 523-0



Michèle Krause



Franziska Mainda



Marleen Walter

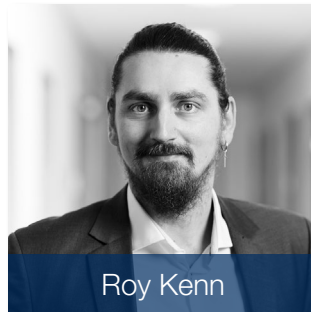


Sabine Leyendecker

FÜR TECHNISCHE FRAGEN

Telefon 0 30 · 22 44 523-0

oder 01 71 · 414 32 82



Roy Kenn



Laila Ovezov

VIELE PRAXEN VERSCHENKEN GELD: AAC-POTENTIAL-CHECK IM VERLAUF

In vielen Praxen schlummern Potentiale und viele Praxisinhaber wissen das auch irgendwo – eigentlich ...

Diese Potentiale haben zwei Dimensionen

★ ABRECHNUNGSPOTENTIALE

➔ PRÜFPOTENTIALE

Wir haben diese Auswertungen jetzt für viele Fachgruppen im neuen **AAC-POTENTIAL-CHECK IM VERLAUF** zusammengefasst und freuen uns, Ihnen diese ab sofort präsentieren zu können. Es handelt sich um Rest-Potentiale, die zum Zeitpunkt der Abgabe der Abrechnung bestehen. Wir analysieren Ihre Rest-Potentiale im Verlauf mehrerer Quartale. Damit ergeben sich zum einen häufig interessante Erkenntnisse, in welchen Bereichen Potentiale „liegen bleiben“. Zum anderen zeigt die Analyse, ob es sich bei den Potentialen um ein Ausreißer-Quartal oder um ein durchgängiges Bild handelt, welches ggf. auch noch eine „Kinetik“ einer Zu- oder Abnahme aufweist. Potentiale sollten aber auf jeden Fall Aktivitäten des Praxisteam's auslösen, die evtl. auch organisatorischen oder fachlichen Nachsteuerungsbedarf erforderlich machen. Wir zeigen Ihnen, wo Sie handeln sollten!

ABRECHNUNGSPOTENTIALE

Das sind Leistungen,

- ★ für die die Praxis bereits alle obligaten Voraussetzungen nach Kontakten und qualifizierenden Diagnosen des EBM für die Abrechnung erfüllt hat und bei denen geprüft werden muss, ob diese nicht abgerechnet werden können.

VIELE PRAXEN VERSCHENKEN GELD: AAC-POTENTIAL-CHECK IM VERLAUF

Ausschnitt Abrechnungspotentiale einer Hausarztpraxis aus dem AAC-POTENTIAL-CHECK IM VERLAUF

Scheine	2.962	2.542	3.367	3.610	2.405	2.466	3.133	2.345	2.926
---------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Psychosomatik 35100/35110

	2/2021	3/2021	4/2021	1/2022	2/2022	3/2022	4/2022	1/2023	Ø aus VQ
Patienten IST	293	295	305	308	292	312	382	278	312
Patienten POTENTIAL	338	336	355	336	271	287	376	287	328
POTENTIAL Anzahl	45	41	50	28	0	0	0	9	23
POTENTIAL €	966	880	1.074	609	0	0	0	200	504

Gesprächsziffer 03230

	2/2021	3/2021	4/2021	1/2022	2/2022	3/2022	4/2022	1/2023	Ø aus VQ
Ziffern IST	552	804	875	1.296	1.581	1.562	1.240	1.203	1.130
Ziffern POTENTIAL	1.115	949	1.222	1.159	942	991	1.172	902	1.079
POTENTIAL Anzahl	563	145	347	0	0	0	0	0	91
POTENTIAL €	8.017	2.065	4.941	0	0	0	0	0	2.146

Chroniker 03220

	2/2021	3/2021	4/2021	1/2022	2/2022	3/2022	4/2022	1/2023	Ø aus VQ
Patienten IST	1.351	1.208	1.403	1.328	1.225	1.248	1.424	1.105	1.312
Patienten POTENTIAL	1.258	1.151	1.317	1.332	1.233	1.231	1.416	1.065	1.277
POTENTIAL Anzahl	39	46	40	54	61	42	67	40	51
POTENTIAL €	564	665	578	791	893	615	981	598	727

VIELE PRAXEN VERSCHENKEN GELD: AAC-POTENTIAL-CHECK IM VERLAUF

PRÜFPOTENTIALE

Das sind abgerechnete Leistungen,

- ➔ für die wichtige Voraussetzungen des EBM nach Kontakten und/oder qualifizierenden Diagnosen nur teilweise vorliegen oder
- ➔ die in der abgerechneten Leistungsmenge kein zusätzliches Honorar erbringen, z. B. die hausärztliche Gesprächsleistung 03230.

Diese Leistungen sollten Sie prüfen, ob man einen Teil noch „retten“ kann, weil z. B. Diagnosen vergessen wurden zu kodieren, die noch nachgetragen werden können. So ergibt sich ggf. aus einem Prüfpotential wieder ein Abrechnungspotential. Andere Leistungen, wie z. B. eine sehr häufig abgerechnete Gesprächsziffer, sollte dagegen teilweise gestrichen werden. Dies sollte insbesondere erfolgen, wenn die Praxis hinsichtlich ihrer Zeitprofile auffällig ist und ansonsten eine Plausibilitätsprüfung droht.

Ausschnitt Prüfpotentiale aus dem AAC-POTENTIAL-CHECK IM VERLAUF

Scheine	2.962	2.542	3.367	3.610	2.405	2.466	3.133	2.345	2.926
Psychosomatik 35100/35110									
	2/2021	3/2021	4/2021	1/2022	2/2022	3/2022	4/2022	1/2023	Ø aus VQ
PRÜFEN Anzahl	0	0	0	2	10	7	7	30	4
PRÜFEN €	0	0	0	43	217	152	152	665	81
Gesprächsziffer 03230									
	2/2021	3/2021	4/2021	1/2022	2/2022	3/2022	4/2022	1/2023	Ø aus VQ
PRÜFEN Anzahl	0	0	0	137	639	571	68	301	202
PRÜFEN €	0	0	0	1.976	9.215	8.234	981	4.427	2.915
Chroniker 03220									
	2/2021	3/2021	4/2021	1/2022	2/2022	3/2022	4/2022	1/2023	Ø aus VQ
PRÜFEN Anzahl	132	103	126	50	53	59	75	80	85
PRÜFEN €	1.909	1.490	1.822	732	776	864	1.098	1.195	1.242

VIELE PRAXEN VERSCHENKEN GELD: AAC-POTENTIAL-CHECK IM VERLAUF

Kleinvieh macht auch Mist

Dieses bekannte deutsche Sprichwort lässt sich auch auf die Potentiale im Verlauf in vielen Praxen anwenden. In der hier ausschnittsweise gezeigten hausärztlichen Gemeinschaftspraxis mit im Durchschnitt 3.000 Scheinen pro Quartal zeigt sich folgendes Bild:

QUARTALE	2/2021	3/2021	4/2021	1/2022	2/2022	3/2022	4/2022	1/2023	Ø aus VQ
INSGESAMT									
POTENTIAL €	13.672	6.698	13.563	6.820	3.404	3.215	4.961	4.278	7.476
INSGESAMT									
PRÜFEN €	1.909	1.490	1.822	2.777	10.371	9.371	2.311	6.407	4.293

Im Durchschnitt der letzten acht Quartale hat die Praxis ein Abrechnungspotential bzw. Prüfpotential von knapp 7.500 € bzw. 4.300 €. Je nach Restwertvergütung kann hier bei konsequentem Abrechnungs-Controlling unter Berücksichtigung von Plausibilität und Wirtschaftlichkeit ein bis zu fünfstelliger Umsatzbetrag pro Quartal „gerettet“ werden.

Es lohnt sich also, genau hinzuschauen. Wir zeigen Ihnen, wie Sie in der Praxis am besten vorgehen. Sie haben schließlich keinen Euro Umsatz zu verschenken!



WAS GIBT'S NEUES?

BUNDESWEITE REGELUNGEN AB 01.04.2023

1 Alle Corona-Sonderregelungen entfallen – telefonische AU nur noch in Ausnahmefällen

Auch die letzten Sonderregelungen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie endeten zum Quartalswechsel.

Obwohl vehement von der Ärzteschaft gefordert, endet auch die Möglichkeit der Ausstellung einer telefonischen AU. Lediglich in definierten Ausnahmefällen, wenn eine öffentlich-rechtliche Pflicht oder eine Empfehlung zur Absonderung besteht, kann diese Möglichkeit in Anspruch genommen werden. Dies kann bei einer Infektionskrankheit, wie COVID-19 oder Affenpocken, der Fall sein. Diese neue Regelung wurde durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen und gilt ab 1. April dauerhaft.

Weitere Sonderregelungen wie z. B. die Erleichterung bei der Verwendung von BtM-Rezepten sowie bei der Substitutionstherapie endeten zum 7. April. Auch die Toleranzzeiten der vorgegebenen Untersuchungszeiträume bei den Kinder-Früherkennungsuntersuchungen U6, U7, U7a, U8 sowie U9 liefen zum 31. März aus. In diesem Fall können die verschobenen Untersuchungen jedoch noch bis zum 30. Juni nachgeholt werden.

Als letztes Relikt aus der pandemischen Situation bleiben die erweiterten Austauschmöglichkeiten für Apotheken bis zum 31. Juli 2023 bestehen – jetzt aber nicht als Maßnahme des Infektionsschutzes, sondern als Maßnahme zur Linderung der Lieferengpässe bei Arzneimitteln.

2 Test-Verordnung ausgelaufen – präventive Corona-Tests entfallen, PCR-Test und Maskenpflicht

Die Vergütung für PCR-Tests auf SARS-CoV-2 wurde zum 1. April auf 19,90 € abgesenkt. Damit wird der PCR-Test nach der Ziffer 32816 nach der im EBM grundsätzlich geltenden Bewertung für direkte Erregernachweise mit Nukleinsäureamplifikationstechnik (NAT) vergütet. Die Vergütung bleibt weiterhin extrabudgetär.

Zudem ist der Anspruch auf präventive Coronatests sowie auf Test- und Genesenenzertifikate seit dem 1. März aufgehoben. Damit werden sämtliche Kosten im Rahmen der Coronavirus-Testverordnung vom Bund nicht mehr übernommen. Neben den Bürgertestungen fielen auch die Testungen von Personal in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen oder vor Aufnahme in Gesundheitseinrichtungen bzw. vor ambulanten Operationen weg. Mit dem Wegfall der Testungen ist auch das Formular OEGD, zur Veranlassung von Coronatests, obsolet. Für einen Laborauftrag steht das bekannte Muster 10C zur Verfügung.

Mit dem Auslaufen aller Regelungen im Infektionsschutzgesetz endete am 7. April auch die Maskenpflicht in Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen, in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen sowie für Arzt-, Zahnarzt- und Psychotherapeutenpraxen.

Wichtig

Eine Praxis kann auch weiterhin von ihrem Hausrecht Gebrauch machen und das Tragen einer Maske für alle Patienten und Besucher anordnen.

3 Corona-Impfung in Regelversorgung angekommen

Zum 08.04.2023 ist die neue Schutzimpfungsrichtlinie in Kraft getreten. Hier wurden nun auch die COVID-19-Impfungen anhand der Empfehlungen der STIKO aufgenommen. Damit haben Versicherte einen rechtlichen Anspruch auf die Grundimmunisierung und eine erste Auffrischung. Darüber hinaus haben gesetzliche Versicherte einen Anspruch auf ärztlich indizierte Auffrischungen. Dieses ist in der COVID-19-Vorsorgeverordnung des BMG geregelt.

Bevor die Ärzte die COVID-19-Impfungen über die KV abrechnen können, müssen jedoch die regionalen Impfvereinbarungen angepasst und die Vergütung festgelegt werden. Diese liegen noch nicht in allen KVn vor. Momentan zeichnet sich eine Vergütungshöhe von 12–15 € ab.

Für die Praxis

Sofern in Ihrer KV die COVID-19-Impfung noch nicht Bestandteil der regionalen Impfvereinbarung ist, muss diese über den Patienten direkt nach GOÄ abgerechnet werden. Dieser kann diese Kosten dann bei seiner Krankenkasse zur Erstattung einreichen.

4

Bundestag beschließt die Entbudgetierung pädiatrischer Leistungen

Nach 30 Jahren der Budgetierung haben die Kinder- und Jugendärzte als erste Fachgruppe etwas geschafft, wovon nahezu alle anderen Fachgruppen noch träumen. Alle pädiatrischen Leistungen des Kapitels 4 des EBM werden ab dem 1. April 2023 in voller Höhe vergütet.

Leistungen der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV), die von Kinder- und Jugendärzten abgerechnet werden können, aber nicht dem Kapitel 4 des EBM zugeordnet sind, wie z. B. Ultraschall, Psychosomatik, Allergologie, Hyposensibilisierungsbehandlung, können auch in Zukunft quotiert vergütet werden.

Sonderregelung Kinder- und Jugendpsychiater

Auch die Kinder- und Jugendpsychiater profitieren durch eine teilweise Entbudgetierung von Leistungen. Dabei handelt es sich um den EBM-Abschnitt 14.2, z. B. mit den Grundpauschalen, sowie die Beratungs- und Betreuungsleistungen mit den Ziffern 14220, 14222, 14240, 14313 und 14314 EBM. Diese Leistungen werden ab dem 1. April 2023 extrabudgetär vergütet.



5

Praxen mit sehr hohem Stromverbrauch erhalten Finanzhilfen

KBV und der GKV-Spitzenverband haben sich darauf geeinigt, dass Arztpraxen mit besonders hohem Energieverbrauch, im Jahr 2023, zusätzliche Stromkosten geltend machen können. Mit dieser Sonderregelung sollen übermäßige Ausgaben, aufgrund der stark gestiegenen Strompreise, kompensiert werden. Die neue Regelung greift, sofern die zusätzlichen Stromkosten innerhalb der Praxis 500 € und mehr pro Quartal betragen.

Anspruchsberechtigt sind Praxen, die folgende Leistungen aus den EBM-Kapiteln abrechnen:

- Hochvolttherapie (Abschnitt 25.3.2)
- Computertomographie (Abschnitt 34.3)
- Magnet-Resonanz-Tomographie (Abschnitt 34.4)
- Kostenpauschalen für die Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren (Abschnitt 40.14)

Diese Leistungen werden von Strahlentherapeuten, Radiologen, Nuklearmedizinern sowie Nephrologen mit angeschlossener Dialyse erbracht.

Hinweise zur Umsetzung der Energiepreisbremse

Wichtig

Ob Strom, Gas, Fernwärme, bis zum Inkrafttreten der Energiepreisbremsen am 1. März sollen alle Kunden von ihren Versorgern informiert werden, welche Abschläge künftig fällig werden. Die Verbraucherzentrale Schleswig-Holstein (VZSH) hat mitgeteilt, dass nicht allen Kunden dieses Informationsschreiben vom Versorger vorliegt. Und es falle auf, dass die berechneten monatlichen Abschläge deutlich über dem liegen, was sich aus Verbrauch, Vertragspreis und der jeweiligen Preisbremse ergeben müsste.

Über einen Online-Rechner der Verbraucherzentrale können die Abschläge korrekt berechnet und kontrolliert werden. Die neuen Preisbremsen sind dort bereits berücksichtigt. Sollten die neuen Abschläge vom Versorger deutlich abweichen, sollte dies auch umgehend schriftlich mitgeteilt werden, mit der Aufforderung einer Neuberechnung und Korrektur.

6

Ärzte werden bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung von Arzneimitteln entlastet

Krankenkassen profitieren von Rabattverträgen aufgrund der Einsparung von Kosten. Für die verordnenden Ärzte zählt aber bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen der höhere Apothekenverkaufspreis. In Zukunft sollen Rabatte bereits bei der Vorprüfung berücksichtigt werden. So soll das Risiko, mit den Verordnungskosten auffällig zu werden und in eine Wirtschaftlichkeitsprüfung z. B. über Richtgrößen, Durchschnittswerte etc. zu kommen, minimiert werden.

Darauf haben sich KBV und der GKV-Spitzenverband geeinigt und die Rahmenvorgaben für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen zu Jahresbeginn angepasst. Die regionalen KVn und Krankenkassenverbände müssen nun die Details dazu regeln und ihre Vereinbarungen entsprechend anpassen.

Für die Praxis

Zukünftig soll das Risiko eines Arzneimittelregresses sinken und der Arzt in diesen Fällen entlastet werden. Dafür weisen die Krankenkassen in der Verordnungsstatistik die Kosten für das jeweils günstigste Präparat aus, welches mit gleichem Wirkstoff und gleicher Wirkstärke sowie Packungsgröße auf dem Markt erhältlich ist. Alternativ können Krankenkassen die Einsparungen, die durch Rabattverträge erzielt wurden, vom Verordnungsvolumen in der Vorabprüfung arztbezogen abziehen. Beide Varianten sind möglich.

7

Folgeverordnung von häuslicher Krankenpflege, Heilmitteln und medizinischer Reha nun auch in der Videosprechstunde möglich

Der G-BA hat bereits im Januar die Richtlinien zur Verordnung von Heilmitteln, häuslicher Krankenpflege und Rehabilitation angepasst. Diese sind nun zum 11.03., 22.03. und 12.04.23 in Kraft getreten. Damit können Ärzte nun Folgeverordnungen für diese Leistungen auch in der Videosprechstunde ausstellen. In Ausnahmefällen kann diese sogar telefonisch erfolgen.

Um die Verordnung per Video ausstellen zu können, muss der Patient in der Praxis bekannt sein. Die erstmalige Verordnung ist weiterhin nur nach persönlicher Untersuchung möglich. Soll eine Folgeverordnung telefonisch ausgestellt werden, muss der Patient dafür bei aktuellen Beschwerden bereits persönlich untersucht oder in der Videosprechstunde vorstellig gewesen sein.

Praxen sind jedoch nicht verpflichtet, Videosprechstunden anzubieten. Auch ein Anspruch auf die Verordnung per Videosprechstunde besteht für Patienten nicht. Generell entscheidet immer der Arzt oder Psychotherapeut, ob eine Verordnung in der Videosprechstunde möglich ist.

8 Vergütung für Psychotherapie wird erhöht

Psychotherapeutische Leistungen werden rückwirkend zum 1. Juli 2022 angehoben, das hat der Erweiterte Bewertungsausschuss beschlossen. Alle antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen in der Psychotherapie erhöhen sich um 2,1 Prozent. Auch die psychotherapeutische Sprechstunde, die Akutbehandlung, die gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, die Eingangssprechstunde sowie neuropsychologische Leistungen werden bei der Erhöhung berücksichtigt.

9 Fachärzte mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie dürfen die psychiatrische häusliche Krankenpflege uneingeschränkt verordnen

Die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie wurde erweitert. Nun dürfen auch Fachärzte mit der Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie, die psychiatrisch häusliche Krankenpflege, ohne zeitliche Einschränkungen verordnen. Bei dieser Fachgruppe war dies bisher nur für maximal sechs Wochen und mit gesicherter Diagnose, die nicht älter als vier Monate sein durfte, möglich.

Folgende Fachgruppen können die psychiatrische häusliche Krankenpflege verordnen:

- Fachärzte für Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Fachärzte mit der Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie
- Fachärzte in psychiatrischen Institutsambulanzen
- Psychologische Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Die psychiatrische häusliche Krankenpflege versorgt psychisch schwer erkrankte Patienten in ihrer Häuslichkeit. Ziel ist es, mithilfe eines psychiatrischen Pflegeteams, die Patienten zügig in eine fachärztliche Behandlung einzugliedern. Vor allem zur Überbrückung nach einem stationären Aufenthalt ist dies sinnvoll.

Gut zu wissen

Hausärzte können weiterhin nur eingeschränkt verordnen, hier gilt die Höchstdauer von 6 Wochen. Zudem muss eine gesicherte fachärztliche Diagnose vorliegen, die nicht älter als 4 Monate ist.



10 Psychiatrische und neurologische Kontrolluntersuchung jetzt in der Grundpauschale integriert

Die psychiatrischen und neurologischen Kontrolluntersuchungen nach den Ziffern 16223 und 21235 wurden vor 2 Jahren befristet in den EBM aufgenommen. Zum 1. April 2023 gehen beide Ziffern in die jeweilige Grundpauschale über.

Hintergrund

Die beiden Kontrolluntersuchungen sind seit dem zweiten Quartal 2020 Leistungen des EBM. Bei der Überprüfung zeigte sich, dass die Untersuchungen selten abgerechnet werden, daher sind sie nun Teil der Grundpauschalen. Deshalb wird die Bewertung der neurologischen und nervenärztlichen Grundpauschalen um einen bzw. um zwei Punkte angehoben, bei den psychiatrischen Grundpauschalen erfolgt hingegen keine Anpassung.

11 Neues zu Digitalen Gesundheits-Anwendungen (DiGA)

Erstverordnung einer DiGA in die Versicherten- oder Grundpauschale integriert

Seit dem 1. Januar 2023 ist die Erstverordnung einer DiGA Bestandteil der jeweiligen Versicherten- und Grundpauschalen. Die Ziffern 01470 und 86701 sind somit obsolet und können nicht mehr abgerechnet werden.

Neue Leistung für DiGA Invirto

Für die Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA Invirto kann die Ziffer 01474 abgerechnet werden. Invirto wird bei 18- bis 65-Jährigen zur Behandlung von Agoraphobie, Panikstörung oder sozialen Phobien angewendet. Sie setzt voraus, dass Ärzte sowie Psychotherapeuten über eine Genehmigung zur Verhaltenstherapie verfügen.

Neue DiGA „elona therapy Depression“

Die Verlaufskontrolle für die DiGA „elona therapy Depression“ kann ab 01.04.23 über die Pauschale 86700 abgerechnet werden. Für erstattungsfähige Gesundheits-Apps, die vorläufig in das BfArM-Verzeichnis aufgenommen werden, werden zusätzliche ärztliche und psychotherapeutische Leistungen im Rahmen einer Verlaufskontrolle mit der Ziffer 86700 honoriert, statt mit der regulären EBM-Ziffer 01474.

12 Vergütung von Infusionstherapie mit Xenpozyme® geregelt

Das neue Arzneimittel Xenpozyme® mit dem Wirkstoff Olipudase alfa wird bei der seltenen Stoffwechselerkrankung ASMD (Niemann-Pick-Krankheit Typ A und B), als Enzyersatztherapie verabreicht. Dafür können Ärzte ab 1. April für die Infusion bzw. die Beobachtung und Betreuung, je nach Dauer, die Ziffern 02102, 01540, 01541 und 01542 abrechnen. Bislang galten diese Ziffern für Infusionstherapien mit Sebelipase alfa und Velmanase alfa. Zum 1. April wird der Leistungsinhalt im EBM um den Wirkstoff Olipudase alfa erweitert.

13 Anpassung der Onkologie-Vereinbarung

Die Onkologie-Vereinbarung wurde zum 1. Januar 2023 angepasst.

Neu ist die Regelung zur Kostenpauschale 86516 bei Härtefallprogrammen („Compassionate Use“)

Die Kostenpauschale 86516 (Intravasale medikamentöse Tumortherapie) gilt von nun an auch für die Gabe von intravasal applizierten Tumortherapeutika im Rahmen von „Compassionate Use“. Rechnen Ärzte die 86516 ab, ist die Gabe von mindestens einem intravasal verabreichten Tumortherapeutikum der ATC-Klasse L erforderlich. Das verabreichte Medikament ist im freien Begründungsfeld (Feldkennung 5009) oder im Feld zur Art der Untersuchung (Feldkennung 5002) anzugeben.

Gut zu wissen

Die Arzneimittel-Härtefallprogramme erlauben es, dass nicht zugelassene oder nicht genehmigte Arzneimittel, in besonderen Umständen, zur Verfügung gestellt werden. Dies betrifft die Behandlung von Erkrankungen, die zu schweren Behinderungen führen würden oder als lebensbedrohend gelten und die mit einem zugelassenen oder genehmigten Arzneimittel nicht zufriedenstellend behandelt werden können. Die Arzneimittel-Härtefallprogramme werden von den Herstellern bei der jeweils zuständigen Bundes-Oberbehörde angezeigt.

14 Hochfrequenzablation des Endometriums: Neues Operationsverfahren ab April im EBM

Als neues Operationsverfahren wird die Hochfrequenzablation mittels Netzelektrode bei Menorrhagien zum 1. April in den EBM aufgenommen. Im vergangenen Jahr hat der G-BA das Verfahren der Hochfrequenzablation mittels Netzelektrode bei Menorrhagien in der Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ergänzt.

Nun steht das Verfahren allen gesetzlich versicherten Frauen mit starken und zu lange andauernden Regelblutungen als ambulante Operation zur Verfügung. Voraussetzung ist, dass alle anderen Blutungsursachen wie bspw. Tumorerkrankungen ausgeschlossen sind und medikamentöse Therapien kein zufriedenstellendes Ergebnis bringen. Zusätzlich muss die Familienplanung bei den Frauen abgeschlossen sein, da bei dem Eingriff die gesamte Gebärmutter Schleimhaut dauerhaft und mithilfe von hochfrequentem Strom abgetragen wird.

Die Leistung können alle Frauenärzte erbringen, die über eine Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren verfügen.

Für die Praxis

Für dieses Operationsverfahren ist der OPS-Kode 5-681.53, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumablation: Hochfrequenzablation, definiert. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär.

Ziffer	Leistung	Inhalt	Vergütung
31319	für ambulante Operationen	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie TT2	280,05 €
36319	für belegärztliche Operationen	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie TT2	131,35 €
40685	Sachkosten		1.020,00 €

15 Zuzahlungsbeträge für Heilmittel in der Arztpraxis steigen ab 1. April

Arztpraxen, die Heilmittel wie Krankengymnastik oder Massagetherapie bei ihren Patienten direkt anwenden, rechnen diese nach dem EBM ab. Zum 1. April wurden die Zuzahlungen für die Patienten erhöht. Der GKV-Spitzenverband und die Heilmittelverbände haben diese neu vereinbart, 10 Prozent der Kosten werden vom Patienten je Heilmittel eigenständig zugezahlt.

Gut zu wissen

In der Regel werden Heilmittel ärztlich verordnet und die Leistung z. B. durch Physiotherapeuten erbracht. Bestimmte ärztliche Fachgruppen können Heilmittelbehandlungen aber auch selbst durchführen und über den EBM abrechnen, wie z. B. Orthopäden. Die gesetzlichen Zuzahlungsbeträge sind von den Patienten eigenständig einzuziehen, erfolgt dies nicht, muss die Praxis die Kosten übernehmen.

16 Durchgangsarztberichte und ambulante Operationen werden in der UV-GOÄ besser vergütet

Seit dem 1. Januar 2023 werden die Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherungen (UV-GOÄ) höher vergütet. Durchgangs-Ärzte erhalten z. B. für den Durchgangsarztbericht, bei der Versorgung von Patienten nach einem Arbeitsunfall, 20 € statt wie zuvor 17,81 €.

Auch werden die Zuschläge nach Nummern 442 sowie 442a bis 445 UV-GOÄ bei ambulanten Operationen oder bei Epikutantests (Nr. 380 bis 382) besser vergütet. Neu ist zudem, dass unfallverletzte Personen telemedizinisch beraten werden können. Dazu wurden die Nummern 10 und 10a eingeführt. Weitere Änderungen betreffen verschiedene Leistungslegenden.

17 Quotierte Vergütung bei Behandlung von Kindern mit Atemwegserkrankungen

Im 4. Quartal 2022 und 1. Quartal 2023 erhalten Praxen bei der Behandlung von Kindern mit Atemwegserkrankungen einen Zuschlag auf die Versicherten- und Grundpauschale. Dafür wurde ein Zuschlag nach EBM-Ziffer 01110 von 7,32 € beschlossen. Laut einer Umfrage der Ärztezeitung ist in vielen KVn mit einer Quotierung der Auszahlung mindestens für das 1. Quartal 2023 zu rechnen, da die von den Krankenkassen zur Verfügung gestellte Fördersumme nicht ausreicht.



WAS GIBT'S NEUES?

REGIONALE KV-REGELUNGEN AB 01.04.2023

KV BE BERLIN

eTerminservice der KV Berlin für hausarztvermittelte Facharzttermine

Hausärzte können seit 16.01. auf das Terminvermittlungs-Portal der KV zugreifen, um bei Fachärzten Termine für ihre Patienten zu buchen. Die neue Funktion im eTerminservice soll dem Hausarzt unkompliziert, für die Terminvermittlung bereitgestellter Facharzt-Termine, zur Seite stehen. Fachärzte können schon länger auf diese Art Termine bei fachärztlichen Kollegen buchen. Eine Anleitung zur Nutzung des eTerminservices stellt kv.digital bereit.

Quelle: www.kvberlin.de/fuer-praxen/aktuelles/praxis-news/detailansicht/pn230116

Quotierte Vergütung bei Behandlung von Kindern mit Atemwegserkrankungen (siehe Punkt 17)

Die KV Berlin hat angekündigt, dass der Zuschlag nach der EBM-Ziffer 01110 von 7,32 € nur quotiert ausbezahlt wird. Haus- und Kinderärzte erhalten nur eine Vergütung in Höhe von 5,34 €, Fachärzte nur 3,60 €.

Quelle: www.kvberlin.de/pid-nr-03-februar-2023

KV BR BRANDENBURG

AOK-Hausarztvertrag: Module verlängert

Die bereits bekannten Module Hautkrebscreening und Gesundheits-Check bestehen auch im Jahr 2023 fort. Alle eingeschriebenen AOK-Patienten zwischen 17 und 34 Jahren können die beiden Vorsorgeprogramme einmalig in Anspruch nehmen. In diesem Zusammenhang wurde auch die Vergütung anhand des aktuell gültigen Orientierungspunktwertes angepasst. Das Modul Hautkrebs-screening wird mit 29,07 € vergütet, der Gesundheits-Check wird mit 39,21 € vergütet.

Quelle: www.kvbb.de/praxis/aktuelles/news-detail/meldung-aok-hausarztvertrag-module-verlaengert-1

KV HB **BREMEN**

Neue Vergütungsvereinbarung DMP für Diabetes mellitus Typ1 und 2

Das DMP für Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2 sowie der „Strukturvertrag Diabetes mellitus“ wurden zum 1. Januar 2023 in ihrer Vergütung angepasst. Hierbei ist zu beachten, dass die Folgedokumentationen von 20,00 auf 10,00 € abgesenkt wurden. Alle weiteren Ziffern bleiben in der Vergütungshöhe identisch oder wurden erhöht, zudem gelten zehn neue Vergütungsziffern. Diese beinhalten:

- zusätzliche Qualitätssicherungspauschalen, die von der KV automatisch hinzugesetzt werden
- individualisierte Interventionen sowie
- Betreuungspauschalen für koordinierende Hausärzte und Diabetologische Schwerpunktpraxen

Quelle: www.kvhb.de/praxen/nachrichten/detail/neue-verguetungsvereinbarung-dmp-fuer-dm1-und-dm2

KV HE **HESSEN**

HNO-Ärzte können eine Genehmigung zur Schilddrüsen-Sonografie bei der KV beantragen.

Sonographische Untersuchungen der Schilddrüse können nun auch durch HNO-Ärzte erbracht werden, sofern die notwendigen Voraussetzungen erfüllt sind. Dies ist mit der Neufassung der Weiterbildungsordnung im Juli 2022 durch die Landesärztekammer Hessen möglich. Der entsprechende Antrag und Nachweise sind bei der KV einzureichen. Die Abrechnung darf erst mit Genehmigung erfolgen.

Quelle: www.kvhessen.de/publikationen/sonographische-untersuchung-der-schilddruese-nun-moeglich

Konnektortausch - KV zahlt automatisch die Tauschpauschalen aus

Sind in der Praxis TI-Konnektor, stationäre Kartenterminals oder Sicherheitsmodulkarten auszutauschen, zahlt die KV Hessen automatisch 4,5 Jahre nach der TI-Erstförderung diese Pauschalen aus, sofern ein VSDM (Versichertenstammdatenmanagement) im aktuellen Quartal vorliegt. Praxen müssen dafür keine Rechnungen einreichen.

Praxen erhalten eine Pauschale von 2.300 €, sofern das Sicherheitszertifikat innerhalb der nächsten sechs Monate abläuft. Bei weiteren stationären Kartenterminals erhalten Praxen automatisch je 100 € zusätzlich.

Quelle: www.kvhessen.de/telematikinfrastruktur/konnektortausch-austausch-von-komponenten

KV NR **NORDRHEIN**

Elektronischer Terminservice für Haus- und Kinderärzte

Der eTerminservice steht nun auch den Fachärzten zur Verfügung. Somit können diese die freien Termine sowohl für Hausärzte als auch die Terminservicestelle freischalten. Zudem können alle Haus- und Kinderärzte über das KVNO-Portal für ihre Patienten freie Facharzttermine für den Hausarztvermittlungsfall buchen.

Quelle: www.kvno.de/aktuelles/aktuelles-detail/nachricht/wichtige-hinweise-zur-korrekten-anwendung-des-hausarzt-vermittlungsfalls

TI-Finanzierung - Anträge auf Erstattungspauschalen für PTV-5-Konnektoren möglich

Damit Praxen die Erstattungspauschalen zum Upgrade des Konnektors, die Anpassung der Praxisverwaltungssoftware und den Betriebskostenzuschlag erhalten, sind diese bei der KV zu beantragen. Die jeweiligen Anträge sind im KVNO Portal unter Services, über den Förderantrag zur Telematik abrufbar. In dem Portal ist auch einsehbar, welche Pauschalen für die Betriebsstätte bereits gezahlt wurden und welche Anträge noch zu stellen sind.

Quelle: www.kvno.de/aktuelles/aktuelles-detail/nachricht/ti-finanzierung-antraege-auf-erstattungspauschalen-fuer-ptv-5-konnektorupgrade-und-epa-20-jetzt-moeglich

KV SL **SAARLAND**

Sachkostenvereinbarung zur ambulanten Katarakt-Operation mit der KNAPPSCHAFT

Die KNAPPSCHAFT hat eine neue „Sachkostenvereinbarung zur ambulanten Katarakt-Operation“ mit der KV Saarland geschlossen. Die neue Sachkostenvereinbarung ist nun inhaltlich identisch mit der AOK RLP, vdek, IKK, BKK und SVLFG. Die Pauschale beträgt 240,00 € und beinhaltet die implantierte Intraokularlinse, das verwendete Viskoelastikum sowie die verwendeten ophthalmologischen Spüllösungen. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär über die Ziffer 91337.

Quelle: www.kvsaarland.de/documents/10184/6197462/Anlage1_KVS-Aktuell+8_2022_Abrechnung.pdf

KV S SACHSEN

Vertrag Osteoporose - neue Pauschale für das Funktionstraining

Bisher galt der Vertrag zur qualitätsgesicherten besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung von Patienten mit Osteoporose nur zwischen der AOK PLUS und dem Berufsverband der Osteologen. Zwar war die KV Sachsen mit der Abrechnung beauftragt, jedoch kein Vertragspartner. Seit dem 1. Januar ist die KV Sachsen ein vollwertiger Vertragspartner. In diesem Zuge hat sich das Abrechnungsprocedere der Leistungsziffer „Pauschales Funktionstraining“ geändert, die Ziffer 98607 ist von nun an eigenständig abzurechnen. Vorher wurde die Leistung durch die KV Sachsen zugesetzt.

Quelle: www.kvs-sachsen.de/fileadmin/data/kvs/downloads/vertrag/20230103_Osteo_SAC_Vertrag_final.pdf

KV SH SCHLESWIG-HOLSTEIN

Neupatienten werden weiterhin extrabudgetär vergütet

Die TSVG-Neupatientenregelung endete zum 31. Dezember 2022. Doch die KV Schleswig-Holstein wird alle Neupatienten übergangsweise in den ersten beiden Quartalen 2023 weiterhin extrabudgetär vergüten. Sollte das zur Verfügung stehende Geld nicht ausreichen, erfolgt eine Quotierung. Eine Auszahlung von 90 Prozent ist jedoch garantiert.

Quelle: www.kvsh.de/fileadmin/user_upload/dokumente/Praxis/Praxisfuehrung/Newsletter/2023/KVSH-Newsletter_2023_01_03_Umsetzung_GKV-Stabilisierungsgesetz.pdf

Digitales Vermittlungsportal für „Hausarzt-Vermittlungsfälle“

Alle Haus- und Kinderärzte können über das eKVSH-Portal bei Facharztpraxen verbindliche Termine im Rahmen der Hausarzt-Vermittlungsfälle buchen. Für fachärztliche Praxen steht das Portal bereit, um Termine für Kollegen zu veröffentlichen. Dabei finden sich in der Eingabe verschiedene Varianten, wie z. B. Einzeltermine oder Terminserien.

Die KV Schleswig-Holstein veröffentlicht in diesem Zusammenhang Handbücher und kurze Erklärvideos zum Umgang mit der neuen Terminvermittlung im eKVSH-Portal.

Quelle: www.kvsh.de/praxis/praxisfuehrung/newsletter/hafa

THÜRINGEN

Zuschläge zur Förderung ambulanter Operationen automatisch durch die KV

Die im Rahmen der Ambulantisierung seit Januar 2023 geltenden Förder-Zuschläge für bestimmte OPS-Kodes mit den Ziffern 31451 bis 31457 werden von der KV Thüringen automatisch hinzuge-
setzt.

Quelle: www.kv-thueringen.de/fileadmin/media2/Kommunikation/RS/2023/Rundschreiben_02-2023.pdf

WESTFALEN-LIPPE

Neue Prüfvereinbarung

Die KVWL hat gemeinsam mit den Landesverbänden der Krankenkassen nach jahrelangen Verhandlungen eine neue Prüfvereinbarung geschlossen. Die letzte Prüfvereinbarung stammt noch aus dem Jahr 2009.

Die Geringfügigkeitsgrenzen für die statistische Prüfung der Wirtschaftlichkeit ärztlich verordneter Leistungen wurden um 30 Prozent angehoben und betragen 150 € je Quartal bzw. 600 € im Kalenderjahr. Für Einzelfallprüfungen betragen diese Grenzen 65 € je Quartal/Arzt/Kasse für Arznei- und Heilmittel sowie 130 € pro Jahr und Praxis für den Sprechstundenbedarf.

Die Systematik der Arznei- und Heilmittelprüfung wird fortgeführt. Auch die neue Prüfvereinbarung sieht für Arznei- und Heilmittelprüfungen eine Richtgrößenprüfung vor.

Im Bereich ärztlicher Leistungen beschränkt sich die Wirtschaftlichkeitsprüfung auf definierte Ziffernkranze, s. Anlage 4 der Prüfvereinbarung. Für Hausärzte stehen insbesondere die diagnostischen Leistungen wie z. B. Auswertung Langzeit-EKG, Langzeit-Blutdruckmessung etc. im Fokus.

Neu und wichtig ist, dass beim Sprechstundenbedarf zwar die jährliche Prüfung nach Durchschnittswerten mit einer Überschreitungstoleranz von 40 Prozent bleibt, hier jetzt aber auch die „individuelle Beratung vor Regress“ gilt.

Quelle: KVWL-Kompakt

Hinweis:

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



WAS GIBT'S NEUES?

HZV-REGELUNGEN AB 01.04.2023

HZV

Abrechnung 03008 und 04008 in der HzV

Bisher war unklar, ob auch bei HzV-Patienten der Hausarztvermittlungsfall über die Ziffern 03008 bzw. 04008 abgerechnet werden kann. Zu Anfang haben die KVn das verneint, da die beiden Ziffern als Zuschlagsziffern zur haus- bzw. kinderärztlichen Versichertenpauschale definiert sind. Nach einer Klarstellung aus dem Bundesgesundheitsministerium hat der Bewertungsausschuss entschieden, dass die Ziffern 03008 bzw. 04008 auch bei Patienten in Selektivverträgen abgerechnet werden können, sofern die Ziffern NICHT im Ziffernkranz des entsprechenden Selektivvertrags enthalten sind. In diesen Fällen rechnet der Haus- bzw. Kinderarzt die Pseudoziffer 88196 ab. In manchen KVn, wie Baden-Württemberg setzt die KV allerdings auch diese Ziffer zu. Bitte achten Sie hier auf die Information Ihrer KV.

Eine Übersicht über die Abrechnungsmöglichkeit der Ziffern 03008 bzw. 04008 in HzV-Verträgen ausgewählter KVn zeigt nachfolgende Tabelle:

Abrechnung	BA-WÜ	BAYERN	W-L	NORDR.	HESSEN
AOK	nein	03008	nein	03008	03008
BKK		nein			
BKK Bosch	nein	03008			
BKK GWQ	03008		03008	03008	03008
BKK spectrum			03008	03008	03008
BKK VAG	nein				03008
EK	03008	03008	03008	03008	03008
IKK	03008	nein	nein	nein	nein
KBS	03008		03008	03008	
LKK	03008		03008	03008	03008
SVLFG (LKK)		03008			
TK	nein	nein	nein	nein	nein

nein = keine Abrechnung, Bestandteil einer HzV-Pauschale

Quelle: HzV-Verträge, Stand April 2023

HZV BADEN-WÜRTTEMBERG

AOK-HZV	
bisherige Regelung	neue Regelung
Grundpauschale P1 mit Facharztprogrammteilnahme 80 € / Versichertenteilnahmejahr	Grundpauschale P1 mit Facharztprogrammteilnahme Erhöhung auf 100 € / Versichertenteilnahmejahr
Grundpauschale P1 ohne Facharztprogrammteilnahme 75 € / Versichertenteilnahmejahr	Grundpauschale P1 ohne Facharztprogrammteilnahme Erhöhung auf 87 € / Versichertenteilnahmejahr
Psychosomatik-Zuschlag auf die P1	Psychosomatik-Zuschlag in der P1 enthalten

HZV BADEN-WÜRTTEMBERG,
HESSEN UND
WESTFALEN-LIPPE

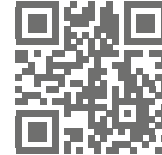
spectrumK/GWQ Hausarzt+	
bisherige Regelung	neue Regelung
	89134A - Affenpocken (erste Dosis Impfzyklus) 89134B - Affenpocken (letzte Dosis Impfzyklus)

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



Ambulante Auslagenabrechnung gemäß § 10 GOÄ

In der GOÄ ist klar geregelt, wann und welche Auslagen bei einer ambulanten Behandlung berechnet werden können.

Welchen Preis kann ich denn für die Auslagen ansetzen?

Bitte achten Sie darauf, nur die Ist-Kosten, also die Ihnen tatsächlich entstandenen Kosten in Rechnung zu stellen. Ein Gewinnaufschlag ist demnach nicht zulässig.

Für wen gilt denn überhaupt die Regelung der Preisfindung?

Die Regelung zur Auslagenberechnung gilt für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie die liquidationsberechtigten Chefärztinnen und Chefärzte, soweit im Krankenhaus nicht der Sondertarif der Krankenhausgesellschaft (DKG-NT) zur Anwendung kommt.

Ambulante Auslagenabrechnung gemäß § 10 GOÄ (Fortsetzung)

Welche Auslagen können denn eigentlich abgerechnet werden?

In § 10 der GOÄ ist in deren Abs. 2 ein Negativkatalog abschließend aufgeführt:

Nicht berechnet werden können die Kosten für:

- Kleinmaterialien wie Zellstoff, Mulltupfer usw.
- Reagenzien und Narkosemittel zur Oberflächenanästhesie,
- Augen-, Ohren- und Nasentropfen, Puder, Salben sowie geringwertige Arzneimittel,
- Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe, Einmalharnblasenkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalspekula,
- Kosten für die OP-Nutzung,
- Gewebestoffkleber auf Histoacrylbasis (Bsp. Dermabond), Desinfektions- und Reinigungsmittel

Was bleibt denn dann noch übrig für die Kostenregelung?

Berechenbar sind z. B. Kosten für diejenigen Arzneimittel, Verbandmittel und sonstigen Materialien, die der Patient zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, soweit im o. g. Negativkatalog nicht etwas Anderes genannt ist.

Wie muss die Auslage auf der Privatliquidation deklariert werden?

Bitte beachten Sie, dass bei der Berechnung der Auslagen neben dem Betrag auch die Art/Bezeichnung der Auslage auf der Rechnung anzugeben ist. Übersteigt der Betrag 25,56 €, ist ein entsprechender Beleg oder sonstiger Nachweis beizufügen, ansonsten entspricht die Rechnung nicht § 12 der GOÄ und wird demnach auch nicht fällig, muss also zunächst aufgrund formeller Mängel nicht bezahlt werden.

Minderjährige Patienten – wann geht es auch ohne die Eltern?

In Grundsatz gilt, dass im Rahmen der Behandlung von Minderjährigen diese nicht Vertragspartner des Arztes sind und die Rechnungen auf den/die Sorgeberechtigten auszustellen sind. Doch keine Regel ohne Ausnahme. In bestimmten Fällen kann auch mit Minderjährigen ein wirksamer Behandlungsvertrag geschlossen werden.

Minderjährige zwischen dem 7. und 18. Lebensjahr unterfallen der sog. beschränkten Geschäftsfähigkeit (§ 106 BGB). Diese beschränkt Geschäftsfähigen können einen Vertrag selbst abschließen, wenn

- es sich um ein lediglich vorteilhaftes Rechtsgeschäft handelt,
- der gesetzliche Vertreter dem Vertragsschluss vorher zustimmt oder diesen nachträglich genehmigt,
- die Leistungen (z. B. Bezahlung von Arzthonorar oder Medikamenten) aus Mitteln bewirkt werden, die ihnen zu diesem Zweck oder zur freien Verfügung überlassen wurden (§ 110 BGB, sog. „Taschengeldparagraph“).

Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, kann ein wirksamer Vertrag nur durch den gesetzlichen Vertreter geschlossen werden.

Die Regelungen der §§ 104 ff. BGB gelten auch hinsichtlich des Abschlusses eines Behandlungsvertrages. Dies könnte insbesondere bei der Verschreibung von Kontrazeptiva von Bedeutung sein, da die Altersgruppe der beschränkt Geschäftsfähigen unter den minderjährigen Patientinnen der Gynäkologen den weitaus größten Teil darstellen dürfte.

Denn in vielen Fällen wollen gerade junge Patientinnen eine Einschaltung der Eltern vermeiden und bitten den Arzt um eine „heimliche“ Verschreibung des gewünschten Kontrazeptivums, wobei zwischen dem Behandlungsvertrag einerseits und der Einwilligung in die ärztliche Behandlung andererseits zu unterscheiden ist.

Ist die Minderjährige einwilligungsfähig, wovon sich der Arzt individuell überzeugen muss, müssen die Eltern nicht in die Behandlungsentscheidung eingebunden werden. Es ist jedoch zu beachten, dass privat versicherte Minderjährige den der Behandlung zugrundeliegenden Vertrag aufgrund der darin enthaltenen Honorarzahlpflicht möglicherweise nicht wirksam selbst abschließen können und insoweit eine Information der Eltern zwangsläufig erfolgen muss. Falls die Minderjährige die Honorarrechnung aus eigenen Mitteln begleichen kann und möchte, somit § 110 BGB Anwendung findet (s. o), sollte mit ihr besprochen werden, an wen die Honorarrechnung zu versenden ist.



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

