

# AAC *Magazin*



KUNDENMAGAZIN DER AAC PRAXISBERATUNG AG

NEUES BEI KV-ABRECHNUNG & HONORAR AUF EINEN BLICK

AUSGABE NR. 05 – Q1 2020

## IMPRESSUM

### HERAUSGEBER

AAC PRAXISBERATUNG AG  
Am Treptower Park 75  
12435 Berlin

### REDAKTION

Dr. med. G. Lübben (V.i.s.d.P.)  
Telefon: 030 · 22 44 523 0  
E-Mail: info@aac-ag.de

### REDAKTIONELLE MITARBEIT

Jacqueline Bauer

### BILDNACHWEISE

Seite 1+31+32 © peterschreiber.media - stock.adobe.com  
Seite 9 © momius - stock.adobe.com  
Seite 11+22 © Karl-Hendrik Tittel  
Seite 18 © SFIO CRACHO - stock.adobe.com  
Seite 25 © Leigh Prather - stock.adobe.com  
Seite 26 © BillionPhotos.com - stock.adobe.com

### LAYOUT

Olaf Brandmeyer, 32257 Bünde

### DRUCK

ServoPrint GmbH, 32051 Herford

### AUFLAGE

Druck: 1400 Stück  
Magazin als PDF: [www.aac-ag.de/magazin](http://www.aac-ag.de/magazin)

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

© 2020 AAC PRAXISBERATUNG AG

Printed in Germany



# WILLKOMMEN

Sehr geehrte Frau Doktor,  
sehr geehrter Herr Doktor,

wir wünschen Ihnen einen guten Start ins neue Jahr! Jedes Jahr hat seine besonderen Herausforderungen. 2020 ist aber ein besonderes Jahr. Zum 01. April tritt der neue EBM in Kraft. Nicht das befürchtete abrechnungstechnische „Mega-Beben“, aber doch mit Veränderungen bei 65 % aller EBM-Ziffern. Es gibt erhebliche Verschiebungen der Bewertung einzelner Leistungen und ein Minus von ca. 30 % bei der Prüfzeit. Hier ergeben sich Risiken, aber auch viele Chancen für die Abrechnung – und zwar für Haus- und Fachärzte! Wir kommen frühzeitig mit den für Sie relevanten Informationen auf Sie zu.

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

In dieser Ausgabe stellt sich unser Kooperationspartner im medizinrechtlichen Bereich vor. Wir arbeiten mit den Medizinerjuristen von pwk aus Dortmund sehr erfolgreich zusammen und freuen uns, mit Herrn Rechtsanwalt Lars Wiedemann einen Partner an der Seite zu haben, der unseren Kunden insbesondere im Prüfungsfall kompetent zur Seite steht.

Auf den letzten beiden Seiten dieses Magazins finden Sie diesmal eine besondere Dienstleistung unseres Unternehmens – das Angebot einer Transkodierung. Hierbei handelt es sich um eine Simulationsrechnung „EBM ALT VS. NEU“ zu einem sensationellen Preis. Ihr Berater steht Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Feedback in jeder Form ist ebenfalls immer willkommen!

Eine gute Lektüre und eine sichere Abrechnung!

Dr. Georg Lübben

Dr. Tino Lippmann

Markus Kottmann



NR. 05

## INHALT Q1 2020

Bundesweit gültige Regelungen zum 01.01.2020.....	4
KV-spezifische Regelungen ab 01.01.2020. ....	16
Gut zu Wissen!.....	24
Kooperationspartner pwk & PARTNER.....	27
In eigener Sache: AAC-TRANSKODIERUNG.....	28



WAS GIBT'S NEUES?

## BUNDESWEITE REGELUNGEN ZUM 01.01.2020

1

### **EBM-Position zur Enzyersatztherapie (01514)**

Rückwirkend zum 1. Oktober 2019 hat der Bewertungsausschuss eine neue EBM-Ziffer zur „Beobachtung und Betreuung eines Kranken bei der Gabe von Velmanase alfa“ beschlossen. Die GOP 01514 kann für eine mehr als zweistündige intravasale Behandlung mit der neuartigen Enzyersatztherapie abgerechnet werden. Die GOP ist mit 502 Punkten dotiert und wird zunächst extrabudgetär vergütet werden. Berechnungsfähig ist sie von Pädiatern, Internisten und Neurologen.

Zum 1. April 2019 hatte der Bewertungsausschuss bereits eine Laborziffer für den Nachweis von Anti-Drug-Antikörpern bei der Behandlung mit Velmanase alfa beschlossen (GOP 32480 / 18,65 Euro).



## 2 Mindestsprechstunden werden geprüft

Seit dem 01.09.2019 müssen Vertragsärzte mit einem vollen Sitz 25 Stunden Mindestsprechzeiten in der Woche anbieten. Die KVn sind laut Gesetz (§95 Abs. 3 SGB V) dazu verpflichtet, die Erfüllung der Versorgungsaufträge zu prüfen. Dies betrifft nun nicht mehr nur das bekannte Aufgreifkriterium des Versorgungsauftrags mit 12 Stunden am Tag und 780 Stunden im Quartal, sondern nunmehr auch die Einhaltung der Mindestsprechstunden.

Dazu hat die KBV ein Prüfraster aufgesetzt, was in drei Schritten erfolgt:

### 1. Es werden die Arbeitszeiten je Arzt und je Quartal ermittelt

- anhand der Abrechnungsdaten vor sachlich-rechnerischer Richtigstellung über den jeweils höheren Wert der Kalkulations-/Prüfzeiten im EBM,
- anhand eines durchschnittlichen Zeitwertes je Fall sowie
- anhand der gemeldeten Sprechzeiten pro Woche an die Terminservicestelle

### 2. In einem zweiten Schritt wird eine Referenzzeit für die Fachgruppe von der KV erstellt.

Grundlegend werden 5 Stunden pro Werktag Sprechzeit angenommen. Die Referenzzeit wird also anhand der Werktage im Quartal sowie pauschalen Abzügen aus Urlaub, Krankheit und Fortbildung ermittelt.

Liegen dann die unter 1. ermittelten Stunden über dem unter 2. ermittelten Referenzwert, werden keine Auffälligkeiten unterstellt. Liegen die ermittelten Stunden aber unter dem Referenzwert, erfolgt als 3. Schritt eine differenzierte Einzelfallprüfung.

### 3. In dieser Einzelfallprüfung

werden dann zum Teil extra zu ermittelnde Sachverhalte noch berücksichtigt.

**für die Praxis** Ärzte deren Zulassung weniger als acht Quartale zurückliegt, werden zunächst keiner Prüfung unterzogen („Welpenschutz“).

Ansonsten kann sich ein Arzt kaum auf diese „umgekehrte Plausibilitätsprüfung“ vorbereiten oder sie gar vermeiden. Sachverhalte, die dazu führten, dass die Mindestsprechzeiten unterschritten wurden, können in der Prüfung aber vorgetragen werden. Nachvollziehbare und objektivierbare Gründe sind z.B. eine krankheitsbedingte Abwesenheit oder die Behandlung von vielen Patienten im Rahmen von Selektivverträgen.

Bei fortgesetzter Nicht-Erfüllung des Versorgungsauftrags müssen die KVn Sanktionen in Form von Honorarkürzungen vornehmen.



### 3 116117 wird zentrale Anlaufstelle für die Akutversorgung

Die Umgestaltung der Akutversorgung geht weiter voran. Zum 1. Januar 2020 wird die Telefonnummer 116117 zur zentralen Anlaufstelle für Patienten – rund um die Uhr. Dann erreichen diese so nicht nur den ärztlichen Bereitschaftsdienst, sondern auch die Terminservicestelle.

Ab 1. Januar können sich Patienten mit akuten Beschwerden rund um die Uhr an die 116117 wenden. Damit wird eine weitere Regelung des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) umgesetzt. Medizinisch geschulte Mitarbeiter beurteilen durch einen Algorithmus als standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren (SmED), wie dringlich eine Behandlung ist. Je nach Schwere der Beschwerden kann dann ein niedergelassener Arzt, eine Bereitschaftsdienstpraxis oder auch die Notaufnahme die geeignete Versorgung übernehmen. Für den niedergelassenen Arzt bedeutet dies eine Terminvergabe für die Vorstellung des Patienten innerhalb von 24 Stunden. Die Praxis rechnet dies dann als „TSS-Akutfall ab.

### 4 Diagnosekodierung mit Ersatzwert „UUU“ entfällt

Ab Januar 2020 entfällt die Ersatzkodierung „UUU“ für Pathologen, Laborärzte und Mikrobiologen. Sie geben in bestimmten Konstellationen stattdessen den ICD-Kode „Z01.7 Laboruntersuchung“ mit dem Zusatzkennzeichen „G“ für die Diagnosesicherheit im Sinne eines Ersatzwertes an. Radiologen und Nuklearmediziner, die bei reinen Auftragsleistungen bisher den Ersatzwert UUU angegeben haben, sind ab Januar 2020 verpflichtet, eine differenzierte Diagnose als ICD-Kode angeben.

### 5 Biomarkerbasierte Tests bei primärem Mammakarzinom

Zum 01.01.2020 wurden für Gynäkologen und Internisten neue EBM-Ziffern zur Erörterung der Besonderheiten des biomarkerbasierten Tests bei Patientinnen mit primärem Mammakarzinom aufgenommen (08347 und 13507). Diese beinhalten die Überprüfung der Indikation oder die Mitteilung und Erörterung der Testergebnisse sowie als fakultativen Inhalt die Ausgabe eines entsprechenden Merkblatts. Die Ziffer ist jeweils je vollendete 5 Minuten bis zu 5 Mal im Krankheitsfall berechnungsfähig und wird mit 65 Punkten extrabudgetär vergütet. Der Test selbst wird im Labor durch Pathologen durchgeführt und dort ebenfalls mit neuen Ziffern abgerechnet.



## 6 Programm zur Früherkennung des Zervixkarzinoms

Zum 01.01.2020 startet das organisierte Programm zur Früherkennung des Zervixkarzinoms. Das Programm sieht vor, dass die Krankenkassen anspruchsberechtigte Frauen im Alter zwischen 20 und 65 Jahren alle fünf Jahre zur Untersuchung einladen. Eine Altersobergrenze für die Früherkennung auf Gebärmutterhalskrebs besteht jedoch nicht.

Frauen im Alter zwischen 20 und 34 haben wie bisher auch jährlich Anspruch auf eine zytologische Untersuchung. Frauen ab 35 haben alle drei Jahre Anspruch auf ein kombiniertes Screening aus zytologischer Untersuchung und HPV-Test. Unabhängig von dem Screening haben alle Versicherten weiterhin jährlich Anspruch auf eine klinische Untersuchung. Bei auffälligen Befunden besteht Anspruch auf eine weiterführende Abklärungsdiagnostik unter anderem mit Kolposkop sowie ggf. Biopsie und Kürettage und entsprechender Beratung.

Die Ärzte werden durch das neue Programm auch verpflichtet, die Ergebnisse der Untersuchungen und der Abklärungsdiagnostik elektronisch zu dokumentieren. Die Softwarehersteller müssen dementsprechend ihre Systeme auch anpassen. Außerdem müssen bestimmte Daten quartalsweise verschlüsselt an die KV übertragen werden.

**für die Praxis** Da die Software für die Dokumentation der Befunde nicht rechtzeitig zur Verfügung steht, wurde diese Verpflichtung erst einmal ausgesetzt. Diese wird zum 01.10.2020 dann verpflichtend und ab diesem Zeitpunkt steigt dann auch die Vergütung.

Einen Überblick über die nach Lebensalter gestaffelten Vorsorgeleistungen des neuen Früherkennungsprogramms ergibt sich aus folgender Tabelle, die Sie auch auf unserer Homepage als PDF im Format A4 herunterladen können.



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

Alter	Art der Untersuchung	Häufigkeit	Abklärung
20-34	Zytologische Untersuchung	Jährlich	Bei Auffälligkeiten: Kolposkopie, Biopsie, Kürettage
35-65	Kombiniertes Screening (Zytologie + HPV-Test)	Alle 3 Jahre	Bei Auffälligkeiten: Kolposkopie, Biopsie, Kürettage
35-65	Zytologische Untersuchung	Jährlich	Bei Auffälligkeiten: Kolposkopie, Biopsie, Kürettage
35-65	Klinische Untersuchung	Jährlich	Bei Auffälligkeiten: Kolposkopie, Biopsie, Kürettage



# LEISTUNG DER KREBSFRÜHERKENNUNG BEI DER FRAU

Alter	Alt		NEU ab Januar 2020	ab 01.10.2020**	
ab 20	<b>01730 – 1 x pro Jahr</b> Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen: - Anamnese - Spiegeleinstellung der Portio - Abstrich von der Portio-Oberfläche und aus dem Zervikalkanal - gynäkologische Untersuchung - Inspektion der genitalen Hautregion	19,78 €	<b>01760 – 1 x pro Jahr</b> Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen: - Anamnese - Spiegeleinstellung der Portio - gynäkologische Untersuchung - Inspektion der genitalen Hautregion	17,47 €	
ab 30	<b>01730 – 1 x pro Jahr</b> Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen: - Anamnese - Spiegeleinstellung der Portio - Abstrich von der Portio-Oberfläche und aus dem Zervikalkanal - gynäkologische Untersuchung - Inspektion der genitalen Hautregion - Untersuchung der Mamma	19,78 €	<b>01760 – 1 x pro Jahr</b> Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen: - Anamnese - Spiegeleinstellung der Portio - gynäkologische Untersuchung - Inspektion der genitalen Hautregion - Untersuchung der Mamma	17,47 €	
<b>PRIMÄRSCREENING ZERVIXKARZINOM</b>					
ab 20			<b>01761 – 1 x pro Jahr</b> Untersuchung zur Früherkennung des Zervixkarzinoms: - Anamnese - Spiegeleinstellung der Portio - Abstrich von der Portio-Oberfläche und aus dem Zervikalkanal - gynäkologische Untersuchung - Inspektion der genitalen Hautregion	19,67 €	23,73 €
			<b>01762*</b> Zytologische Untersuchung	8,90 €	9,00 €
ab 30			<b>01761 – 1 x pro Jahr</b> Untersuchung zur Früherkennung des Zervixkarzinoms: - Anamnese - Spiegeleinstellung der Portio - Abstrich von der Portio-Oberfläche und aus dem Zervikalkanal - gynäkologische Untersuchung - Inspektion der genitalen Hautregion - Untersuchung der Mamma	19,67 €	23,73 €
			<b>01762*</b> Zytologische Untersuchung	8,90 €	9,00 €
ab 35			<b>01761 – 1 alle drei Jahre</b> Untersuchung zur Früherkennung des Zervixkarzinoms: - Anamnese - Spiegeleinstellung der Portio - Abstrich von der Portio-Oberfläche und aus dem Zervikalkanal - gynäkologische Untersuchung - Inspektion der genitalen Hautregion - Untersuchung der Mamma	19,67 €	23,73 €
			<b>01762*</b> Zytologische Untersuchung	8,90 €	9,00 €
			<b>01763*</b> HPV-Test	18,79 €	





## STAND JANUAR 2020

Alter	Alt	NEU ab Januar 2020	ab 01.10.2020**
<b>ABKLÄRUNGSDIAGNOSTIK BEI AUFFÄLLIGKEITEN SCREENING</b>			
		<b>01764</b> Abklärungsdiagnostik	<b>7,36 €</b>
		<b>01765*</b> Abklärungskolposkopie	<b>72,30 €</b>
		<b>01766*</b> Abklärung Zytologische Untersuchung	<b>31,64 €</b>
		<b>01767*</b> Abklärung HPV	<b>18,79 €</b>
		<b>01768</b> Histologie bei Abklärungskolposkopie	<b>27,25 €</b>

<b>AUSSERHALB DES SCREENINGS: EMPFÄNGNISREGELUNG BZW. KURATIVE FRAGESTELLUNG</b>				
	<b>01825</b> Entnahme von Zellmaterial von der Ektozervix und aus der Endozervix im Rahmen der Empfängnisregelung, einschl. Kosten	2,09 €	<b>01825</b> Entnahme von Zellmaterial von der Portio-Oberfläche im Rahmen der Empfängnisregelung	<b>2,09 €</b>
	<b>01826*</b> Zytologische Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung	6,37 €	<b>01826*</b> Zytologische Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung	<b>6,37 €</b>
	<b>19311*</b> Zervix- wie auch die Urinzytologie	6,37 €	<b>19318*</b> Zytologische Untersuchung eines oder mehrerer Abstriche(s) von der Portio-Oberfläche und/oder aus dem Zervixkanal	<b>6,37 €</b>
			<b>19319*</b> Zytologische Untersuchung von Urin auf Tumorzellen	<b>6,37 €</b>

\* genehmigungspflichtig

\*\* Anpassung der Vergütung aufgrund Inkrafttreten der elektronischen Dokumentation





### 7 TSVG: Regelungen für TSS-Termine leicht angepasst – Kennzeichnung Neupatienten

Nachdem das BMG den Bewertungsausschuss aufgefordert hatte, einige Regelungen anzupassen, werden jetzt auch Zuschläge für die Vermittlung von Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter gezahlt.

Ab 2020 können somit die Ärzte auch eine Zusatzpauschale abrechnen, wenn am Behandlungstag nur eine U-Untersuchung erfolgt. Dazu wird es eine neue GOP 01710 geben. Die Höhe der Bewertung ist wie bei den anderen TSS-Zuschlägen abhängig von der Wartezeit auf den Termin zwischen 114 Punkte innerhalb von 8 Tagen bis zu 45 Punkte innerhalb von 15 bis 35 Tagen. Diese Zusatzpauschale ist nicht abrechnungsfähig, wenn Termine für Laboruntersuchungen oder die J1 vermittelt werden.

Einige KVen, z.B. Berlin, Hamburg, Niedersachsen haben angekündigt, die Kennzeichnung der Neupatienten für die Praxen zu übernehmen. Dies soll als Erleichterung für den Arzt erfolgen. Die KVen sind sich auch nicht sicher, ob man den Gesetzestext nicht auch im Sinne einer Pflicht zur Kennzeichnung interpretieren kann. So will man die Ärzte auch vor Anträgen auf Plausibilitätsprüfungen durch die Krankenkassen schützen. Auch die KV Baden-Württemberg ist mit ähnlichen Hinweisen und der Bitte, alle TSVG-Konstellationen zu kennzeichnen an die Ärzte herangetreten.

**für die Praxis** Aufgrund der aktuellen Entwicklung ist die Beachtung der nachfolgenden Hinweise sinnvoll:

- Es besteht eine Verpflichtung zur Kennzeichnung von Patienten mit TSVG-Konstellation.
- Im Gegensatz zur offenen Sprechstunde, können Neupatienten von den KVn bzw. Kassen identifiziert werden.
- Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass KVn sich entschließen die Neupatienten nachträglich als solche zu kennzeichnen, um Rückfragen/Prüfungen der Krankenkassen zu vermeiden.
- Es empfiehlt sich, die Patientenzahlen mit TSVG Konstellationen über die Quartale konstant zu halten.

AAC AG  
PRAXISBERATUNG





### 8 **Neue EBM-Leistungen für Liposuktion bei Lipödem und Ergänzung der Diagnoseliste für Patienten mit besonderem Verordnungsbedarf**

Ab Januar 2020 gibt es drei neue Ziffern (31096, 31097, 31098) für den ambulanten oder belegärztlichen operativen Eingriff der Fettabsaugung beim Lipödem Stadium III. In diesem Zusammenhang wurde auch eine Kostenpauschale (40165) für die beim Eingriff eingesetzte Absaugkanüle eingeführt. Alle Leistungen werden für die entsprechenden Leistungserbringer extrabudgetär vergütet.

Die Aufnahme dieser Leistungen in den EBM führt auch dazu, dass die Diagnosen für das Lipödem Stadium I bis III ab Januar 2020 als Erkrankung mit besonderem Verordnungsbedarf anerkannt werden. Verordnungskosten für Heilmittel wie Bewegungstherapie inklusive der Lymphdrainage bei diesen Indikationen werden somit bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen aus dem Verordnungsvolumen des Arztes herausgerechnet.

**für die Praxis** Wichtig zu wissen ist, dass das häufig begleitende Lymphödem nicht Voraussetzung ist, um die Lymphdrainage beim Lipödem verordnen zu können.

### 9 **IVOM bleibt weiterhin höher bewertet**

Im Jahr 2015 wurde die intravitreale Medikamentengabe für Augenärzte in den EBM eingeführt. In den Jahren 2015 und 2016 wurde das dafür bereitgestellte Punktzahlvolumen nicht ausgeschöpft, weswegen die Bewertung ab 2018 hoch gesetzt wurde. Das verfügbare Volumen wird mittlerweile ausgeschöpft. Vor diesem Hintergrund wird die Bewertung bis 31.12.2021 auf dem aktuellen Niveau gehalten.

### 10 **Weitere EBM-Änderungen zum Januar 2020**

#### a) **Erweitertes Neugeborenen-Screening**

Die 01707 kann zukünftig bis zur U3 durchgeführt werden, wenn sie noch nicht im Untersuchungsheft dokumentiert ist. Bislang musste das erweiterte Neugeborenen-Screening bis zum 10. Lebenstag erfolgen.

#### b) **Optische Kohärenztomographie (OCT)**

Die Leistung ist zum Oktober neu in den EBM eingeführt worden. Zum 01.01.20 gibt es nun eine ergänzende Regelung für die Augenärzte, dass die OCT zur Therapiesteuerung (06338 und 06339) auch am gleichen Tag neben der IVOM berechnungsfähig sind. Bisher war dies ausgeschlossen.



### 10 Weitere EBM-Änderungen zum Januar 2020 (Fortsetzung)

#### c) Kontinuierliche Glukosemessung

Es gibt eine Klarstellung bzgl. der GNR 13360. Diese befindet sich im Kapitel für die Fachinternisten Endokrinologie/Diabetologie. Sie ist aber von allen Internisten mit Schwerpunkt berechnungsfähig, sofern sie eine Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ oder die Qualifikation „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft DDG“ haben. Die Klarstellung ist nachzulesen in der Präambel des Kapitels für die Endokrinologen.

### 11 Anpassung der Onkologie-Vereinbarung

Zum Januar wurden einige Punkte in der bundesweit gültigen Onkologie-Vereinbarung angepasst:

- Künftig dürfen die Kostenpauschalen 86520 und 86518 nicht mehr nebeneinander im Behandlungsfall berechnet werden. Es darf nur entweder die 86518 für die Palliativversorgung oder die 86520 für die orale Tumorthherapie berechnet werden.
- Der Begriff „zytostatische Tumorthherapie“ wird in der gesamten Vereinbarung ersetzt durch „medikamentöse Tumorthherapie“. Die medikamentöse Tumorthherapie umfasst neben unspezifisch zytostatisch wirksamen Medikamenten auch neue Medikamente, die z.B. gezielt bestimmte Stoffwechselschritte blockieren oder Tumorzellen immunologisch angreifbar machen. Therapien mit ausschließlich hormonell oder antihormonell wirksamen Medikamenten zählen nach Definition nicht zur medikamentösen Tumorthherapie.
- Eine weitere Änderung betrifft den Wortlaut „intravenös und/oder intraarteriell“. Dies wird einheitlich in „intravasal“ geändert und es wird klargestellt, dass damit auch intravenös und intraarteriell gemeint sind.

**für die Praxis** Mit Punkt 2 trägt der Bewertungsausschuss der Weiterentwicklung der medikamentösen Behandlungsstrategien von Tumoren Rechnung. Jetzt werden auch Antikörper, Immuntherapien oder den Tumorstoffwechsel blockierende Strategien offiziell dazugezählt. Weiterhin ausgeschlossen bleiben Medikamente wie Tamoxifen, Aromatasehemmer, LHRH-Analoga/Antiandrogene.



### 12 **TK und Hausärzterverband schließen bundesweiten Hausarztvertrag ab**

Brandenburg ab Juli 2020. Der Vertrag ist in fast allen KVn gültig, außer Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt.

Ein Schwerpunkt liegt auf der Arztentlastung durch digitale Innovationen. Dafür erhalten die Hausärzte einen Innovationszuschlag, wenn ihre Praxis mindestens drei von sechs digitalen Angeboten und die entsprechende Infrastruktur vorhält. Ebenso sieht der Vertrag weitere „besondere Betreuungsleistungen“ für die Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen vor. Für diese Chronikerpauschale kommen Patienten mit einem Pflegegrad ab 3 und einer Schwerbehinderung (GdB oder GdS) oder Erwerbsminderung von mindestens 60 Prozent in Frage, bei denen eine kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich sein muss. Als ein Novum gibt es aber keine Abhängigkeit von bestimmten ICD-Diagnosen.

**für die Praxis** Weitere Informationen zu dem Vertrag finden Sie auf [www.hausaerzterverband.de](http://www.hausaerzterverband.de) oder beim jeweiligen regionalen Hausärzterverband.



Direktlink zu dem Artikel über nebenstehenden QR-Code.

### 13 **Ausblick ab 2/20 und darüber hinaus**

#### **Aktualisierung Anforderungen an DMP KHK**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Anforderungen an das DMP KHK aufgrund neuer medizinischer Erkenntnisse und Behandlungsmöglichkeiten angepasst. So sind beispielsweise die Kriterien für eine gesicherte Diagnosestellung erweitert worden und die vorgeschriebene jährliche Risikoabschätzung wurde durch eine individuelle Verlaufskontrolle ersetzt.

Auch dieser Beschluss liegt beim BMG zur Prüfung und tritt bei Nichtbeanstandung (jedoch nicht vor dem 01.04.2020) in Kraft.



### 13 **Ausblick ab 2/20 und darüber hinaus** (Fortsetzung)

#### **Der neue EBM**

Es ist vollbracht. KBV und GKV-Spitzenverband haben einen neuen EBM, der ab 01.04.2020 gelten wird auf den Weg gebracht. Die grundsätzliche Reform wollte man nicht, aber an den Stell-schrauben Bewertung und Zeiten wurde ordentlich gedreht.

So wurden fast durchgehend die Prüf- und/oder Kalkulationszeiten reduziert. Die Gesprächs-leistungen wurden aufgewertet, während technische Leistungen eher abgewertet wurden - aller-dings nicht in dem Maße, wie die Prüfzeiten.

Insgesamt sind nur einige wenige neue Ziffern in den EBM aufgenommen worden und größere Themen wie die Aufwertung der Hausbesuche, ambulantes Operieren oder auch Sachkosten-pauschalen werden in einem zweiten Anlauf angegangen.

Unter der Vorgabe der Ausgabenneutralität soll es aber dennoch eine gerechtere Verteilung inner-halb und zwischen den Arztgruppen geben. Das tatsächliche Bild wird sich erst mit den neuen Honorarverteilungsmaßstäben der einzelnen KVn zeigen.

Wir verweisen an dieser Stelle schon einmal auf unser Angebot der Transkodierung ab Seite 28.

#### **Ärztliche Zweitmeinung zukünftig auch bei geplanter Schulterarthroskopie**

Zukünftig haben Patienten, bei denen ein arthroskopischer Eingriff am Schultergelenk geplant ist, auch einen Anspruch auf eine Zweitmeinung. Für diese Indikation können FÄ für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Reamediziner einen Antrag bei der KV stellen. Die Genehmigung wird erteilt, sofern die in der Zweitmeinungsrichtlinie festgelegten Anforderungen an die besondere Qualifikation erfüllt sind.

Der Beschluss liegt momentan noch beim BMG zur rechtlichen Prüfung. Wird hier nicht bean-standet, tritt er in Kraft.



WAS GIBT'S NEUES?

# KV-SPEZIFISCHE REGELUNGEN AB 01.01.2020

BW

## **BADEN-WÜRTTEMBERG**

### **Informationen zum Stand der Honorarverhandlungen 2020**

In einem persönlichen Rundschreiben hat die KV Baden-Württemberg bereits im Dezember darüber informiert, dass die Honorarverhandlungen nicht vor Jahresende abgeschlossen werden konnten. Insbesondere eine Intervention des BVA (Bundesversicherungsamt) hat dazu geführt, dass die bisher vereinbarten „förderungswürdigen Leistungen“ so erst einmal nicht weitergeführt werden können. Hier muss nun das Schiedsamt entscheiden. Vor diesem Hintergrund stehen die RLV-Zuweisungen für die Ärzte für 1/20 unter Vorbehalt. Weitere für 2020 zwischen KV und Kassen abgestimmte Förderungen, stehen somit noch unter Vorbehalt: Zuschlag auf die 03220/04220 von 2,50 EUR, Zuschlag auf die 01713 (U3) in Höhe von 44,17 EUR, Zuschlag auf die Osteodensitometrie (34600, 34601) in Höhe von 20 EUR, Zuschlag auf die 08411 (Geburts-hilfe) von 114 EUR.

Unabhängig von den Vorbehalten, empfiehlt die KV BW alle Leistungen wie gewohnt abzurechnen bzw. für die automatische Hinzusetzung durch die KV zu kennzeichnen.

### **für die Praxis Diabetes-Vertrag zwischen Medi und DAK Gesundheit ab 01.01.2020**

Medi Baden-Württemberg hat mit der DAK Gesundheit einen neuen Facharztvertrag geschlossen. Ärzte können sich ab sofort einschreiben. Zielgruppe des Vertrags sind niedergelassene Diabetologen in Baden-Württemberg. Die Behandlung der Patienten über den Vertrag ist ab 1. Januar 2020 möglich.

Der Vertragsinhalt entspricht dem bereits bekannten Diabetologievertrag. Ergänzend dazu beinhaltet der Vertrag das Versorgungsmodul über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus.



Weiterführende Infos erhalten Sie unter [www.mediverbund-ag.de](http://www.mediverbund-ag.de) oder über nebenstehenden QR-Code.





BE

## **BERLIN**

### **Wirtschaftlichkeitsprüfung – neue Prüfmethode**

Ab 2020 gilt durch eine Entscheidung des Schiedsamtes ein neues Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Arznei- und Heilmittel. Es wird von der Richtgrößenprüfung auf eine Prüfung nach Durchschnittswerten umgestellt. Außerdem wurde der Katalog der Praxisbesonderheiten kräftig zusammengestrichen und es gilt neu ein umfangreiches Zielquotenmodell. Die KV befürchtet eine Zunahme der Wirtschaftlichkeitsprüfungen und setzt auf Nachverhandlungen mit den Krankenkassen.

### **Vertrag zur Vermeidung von Frühgeburten mit der AOK Nordost**

Bereits zum 01.10.2019 ist der Vertrag „Baby on time“ in Kraft getreten. Ziel des Vertrages ist die Erkennung von möglichen Risiken einer Frühgeburt sowie deren therapeutische Behandlung. An dem Vertrag können Frauenärzte und Diabetologen teilnehmen.

### **Anpassung des Vertrages über Maßnahmen zur Darmkrebsvorsorge mit der AOK Nordost**

Aufgrund der gesetzlichen Änderungen im Rahmen der Darmkrebsvorsorge wurde auch das Alter für die Inanspruchnahme der Leistungen aus dem Vertrag angepasst. Grundlegend haben AOK-Nordost-Versicherte bereits 10 Jahre früher als vom Gesetzgeber vorgesehen Anspruch auf die Beratung und die Vorsorgekoloskopie. Somit erfolgt im Rahmen dieses Vertrages die Beratung bereits ab 40 und die erste Vorsorgekoloskopie ab 45 Jahren.

### **Erhöhung einzelner Leistungen im Rahmen der SAPV**

Zum 01.10.19 wurde für einzelne Leistungen im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung die Vergütung angehoben. Diese Erhöhung ersetzt die bisherige Vergütung für den Zeitraum bis mindestens 30.09.2022.

### **Fallzahlzuwachsbeschränkung von vier Arztgruppen ausgesetzt**

Mit Wirkung zum 1. Quartal 2020 hat die KV Berlin weitere Arztgruppen von der Fallzahlzuwachsbeschränkung ausgenommen. Damit sind neben den Hausärzten jetzt auch Praxen mit den Arztgruppen der Augenärzte, Frauenärzte und Reproduktionsmediziner für die FZZB ausgesetzt. Grund ist die Unterschreitung des Versorgungsgrades der vier Arztgruppen unter 110 Prozent.





BE

### **BERLIN (Fortsetzung)**

#### **Anpassung der Honorarverteilung in Bezug auf TSVG-Konstellationen während Bereinigungszeitraum**

Mit der Anpassung sollen ungewollte Effekte in der Honorarverteilung verhindert werden. Ärzte einer Arztgruppe, die ihre Leistungen nicht generell gesteigert haben, sollen einen Ausgleichsfaktor bekommen. Bei überproportionalen Fallzahl-Steigerungen von mehr als 15 Prozent wird ein Korrekturfaktor angewendet. Praxen, die einen erhöhten Patientenzuwachs haben, der nicht aus TSVG-Fällen resultiert, müssen nicht mit Abzügen rechnen. Hier ist aber die gültige Fallzahl-zuwachsbeschränkung zu beachten.

BR

### **BRANDENBURG**

#### **Rheuma-Arzneimittelmanagement-Vertrag mit der BARMER**

Ziel des Vertrages ist es, Rheuma-Patienten über die arzneimittelgestützten Therapiemöglichkeiten aufzuklären und ggf. eine Neueinstellung bzw. Umstellung auf ein Biosimilar durchzuführen. Teilnehmen können Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie mit Nachweis von jährlich 20 Fortbildungspunkten. Für die Durchführung der Aufgaben im Rahmen des Vertrages erhalten die Ärzte für den Zeitraum von 4 Quartalen eine Strukturpauschale in Höhe von erstmalig 40 Euro und dann je Quartal 20 Euro.

#### **Vertrag zur Überweisungssteuerung AOK Nordost ab sofort angepasst**

Der Vertrag zur Überweisungssteuerung mit der AOK Nordost bleibt trotz TSVG bestehen. Es wurden jedoch einige Fristen angepasst und die Vereinbarung gilt künftig nur noch für die Überweisung von FÄ an andere FÄ oder an HÄ.



Genauere Informationen finden Sie unter [www.kvbb.de/praxis](http://www.kvbb.de/praxis) oder über nebenstehenden QR-Code.



HB

### **BREMEN**

#### **Keine ASV-Abrechnung mehr über KV Bremen**

Zum 01.01.2020 stellt die KV die Abrechnung von ASV-Leistungen ein. Entsprechende Vereinbarungen sind gekündigt. Bereits zum 4. Quartal 19 nimmt die KV keine ASV-Abrechnungen mehr entgegen.

HH

### **HAMBURG**

#### **Modellhafte Erprobung von CRP-Tests**

Die KVH und die Mehrzahl der Krankenkassen (AOK Rheinland/Hamburg, Betriebskrankenkassen, DAK-Gesundheit und IKK classic) setzen sich weiter für die Erleichterung einer gezielten Verordnung von Antibiotika in der ambulanten Versorgung ein. Im Rahmen eines gemeinsamen Modellprojekts wird erstmals der sog. quantitative CRP-Schnelltest gefördert. Ärzte der hausärztlichen Versorgungsebene sowie HNO-Ärzte können an dem Modellprojekt teilnehmen. Mit Hilfe des CRP-Schnelltests erhalten sie bereits nach wenigen Minuten das Ergebnis, ob ein Infekt eine virale oder bakterielle Ursache hat. Die vollständige Erbringung des CRP-Schnelltests wird mit 4,90 EUR vergütet.

MP

### **MECKLENBURG-VORPOMMERN**

#### **Kündigung des Suchtvertrages mit der TK zum 31.12.19**

Ab Januar 2020 können keine Neupatienten mehr in den Vertrag über die intensivierete suchthrapeutische Behandlung alkoholbelasteter Patienten eingeschrieben werden. Für bereits eingeschriebene Patienten ist die Abrechnung der Leistungen jedoch für zwei Jahre ab dem jeweiligen Teilnahmebeginn noch möglich.



NR

### NORDRHEIN

#### Zusätzliche Grippeimpfung

Wir hatten bereits bilateral dazu informiert: Folgende Krankenkassen bieten im Zeitraum 31.10.2019 bis 31.03.2020 eine Gripeschutzimpfung für Versicherte unter 60 Jahre außerhalb der in der Schutzimpfungsrichtlinie genannten Indikationen – BARMER, BIG direkt gesund, pronova BKK, actimonda, Viactiv, Techniker, KKH, BKK24 und AOK Rheinland/Hamburg (hier nur Versicherte bis 18 Jahre). Als Abrechnungsziffer ist die 89112T anzusetzen. Diese wird mit 7,83 EUR vergütet.

#### Securvita beendet Teilnahme an HKV unter 35 zum 31.12.19

Die securvita Krankenkasse hat ihre Teilnahme an dem Vertrag über die Hautkrebsvorsorge für unter 35-jährige gekündigt. Damit sind Leistungen des Vertrages für securvita-Versicherte seit dem 01.01.2020 nicht mehr abrechenbar.

#### BKK VBU beendet Teilnahme an Vertrag zur U10/U11 zum 31.12.19

Leistungen aus diesem Vertrag sind dementsprechend ab 01.01.2020 nicht mehr für BKK VBU-Versicherte berechnungsfähig.

RP

### RHEINLAND-PFALZ

#### Vertrag „Gesundheit Plus“ mit BKK Landesverband Mitte

Die KV RLP und der BKK Landesverband Mitte haben einen Vertrag für die Früherkennung und Dokumentation von Übergewicht und Adipositas sowie möglicher Begleiterkrankungen aufgesetzt. Teilnehmen können alle niedergelassenen oder angestellten ambulant tätigen Ärzte in RLP, die ihre Teilnahme gegenüber der KV schriftlich anzeigen. Für die Beratung und Einschreibung der Patienten gibt es 10 €. Die weitere Behandlung und Betreuung werden mit ca. 20 € je Quartal vergütet. Insbesondere stehen nach der Ersterhebung und Therapieplanung vaskuläre und nephrologische Komplikationen im Versorgungsfokus.



Die ausführlichen Vertragsinformationen finden Sie auf der Homepage der KV RLP: [www.kv-rlp.de/mitglieder/vertraege/adipositas/](http://www.kv-rlp.de/mitglieder/vertraege/adipositas/) oder über nebenstehenden QR-Code.



SH

### SCHLESWIG-HOLSTEIN

#### **KV und AOK schließen neuen Vertrag zum diabetischen Fußsyndrom**

In Schleswig-Holstein entstehen sechs bis sieben regionale Fußnetze, in denen jeweils eine Schwerpunktpraxis federführend als Fußambulanz tätig wird. Die Federführung bestimmen die Praxen untereinander. Der Fußambulanz wird ein Case-Management zur Seite gestellt.

So soll es funktionieren: Identifiziert eine Praxis ein Fußsyndrom, wird der Patient eingeschrieben und beim Case-Management, das alle weiteren Schritte übernimmt, angemeldet. Dies ist Ansprechpartner für die Patienten zwischen hausärztlichen und diabetologischen Praxen und der Pflege, organisiert Fallkonferenzen, kümmert sich um Material- und Meldelisten und überprüft die Dokumente auf Vollständigkeit. Die Vergütung dieser Leistungen erfolgt unabhängig von den ärztlichen Leistungen.

Die bislang geltende Vereinbarung zwischen den diabetologischen Schwerpunktpraxen und der AOK zeigte zwar gute Behandlungsergebnisse, bezog aber die Hausärzte der Region nicht mit ein.





S

### SACHSEN

#### Plausibilitätsprüfung: 22 Ärzte sollen Honorar zurückzahlen

22 Ärzte sind im vergangenen Jahr von Honorarrückforderungen im sechsstelligen Bereich betroffen gewesen. Das ist bei rund 8.500 Vertragsärzten und Psychotherapeuten, die im Bereich der KV Sachsen tätig sind, selten“. Allerdings wurde eine deutlich höhere Zahl von Praxen geprüft. Die Summen sind aber für den jeweiligen Arzt enorm. Die Rückforderungen machen insgesamt weniger als zwei Promille der ausgezahlten Honorarsumme aus.

TH

### THÜRINGEN

#### Elektronischer Impfpass der AOK PLUS

Der Impfpass ist die erste Komponente aus dem Rahmenvertrag zur Umsetzung von digital gestützten Versorgungsanwendungen. Damit gibt es folgende Neuerungen:

- digitale Ablage der Impfdaten auf einer gemeinsamen Plattform für Arzt und Patient
- elektronische Verfügbarkeit der Daten und Erinnerung an fällige Impfungen
- Berücksichtigung von Impfeempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO)

WL

### WESTFALEN-LIPPE

#### Kataraktvertrag zum 31.12.19 beendet

Der befristete Vertrag wurde nicht verlängert. Die Kataraktoperationen und deren Begleitleistungen werden somit ab 01.01.2020 nach EBM ohne Mengenbegrenzung extrabudgetär abgerechnet und vergütet.

#### Vertrag „Hepatitis-C-Virusinfektion“ mit DAK zum 31.12.19 gekündigt

Bereits begonnene Behandlungen können noch bis 31.03.2020 abgerechnet und vergütet werden. Der Vertrag mit der BARMER besteht jedoch unverändert fort.

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



## GUT ZU WISSEN!

### 1 **Behandlungen in fachübergreifenden Praxen**

Auch in fachübergreifenden Praxen muss die Zusammenarbeit ordnungsgemäß erfolgen. Das bedeutet, dass die Behandlung durch weitere Fachgruppen innerhalb der Praxis nur zulässig ist, wenn dies auch medizinisch notwendig ist.

Wenn dem nicht so ist, sind die KVn gezwungen Prüfverfahren einzuleiten, so hat es auch die KVB letztes betont. Dies ist immer dann der Fall, wenn es auffällige Behandlungsmuster gibt, wie:

- Patienten sind standardmäßig und ohne das Vorliegen geeigneter Diagnosen bei mehreren Fachgruppen innerhalb der Praxis vorstellig
- Neben der zusätzlichen Versicherten- bzw. Grundpauschale werden regelhaft weitere Leistungen (Sono, Gespräche) abgerechnet.

**Tipp** Auch auf die fachspezifischen Diagnosen bei einer fachübergreifenden Behandlung achten! Dies gilt sowohl für die Abrechnung als auch für die Veranlassung der Leistungen. So kann die medizinische Notwendigkeit für die konkrete Leistung nachvollziehbar gemacht werden.

### 2 **Missbrauch der Kooperationsform**

Ähnlich wie im ersten Beispiel, kann auch die falsche Kooperationsform zu Prüfungen führen. Die betrifft hauptsächlich Praxismgemeinschaften, die aber eher wie eine Gemeinschaftspraxis arbeiten. Auffällig werden solche Praxen dann, wenn

- in fachgleichen Praxismgemeinschaften mind. 20% Patientenidentität besteht oder
- in fachübergreifenden Praxismgemeinschaften mind. 30% Patientenidentität.

Hier wird dann von einer missbräuchlichen Nutzung der Kooperationsform ausgegangen, was zu einer Prüfung der KV führt. Dies berechtigt dann zu Honorarkürzungen bzw. -rückforderungen von bis zu 2 Jahren.

**Tipp** Praxismgemeinschaften sollten diese Regelung kennen und auf die Anzahl der gemeinsamen Patienten achten.

**Wichtig** Es muss keine formale Praxismgemeinschaft vorliegen. Die KVn können seit 2018 auch unabhängig voneinander arbeitende Praxen in räumlicher Nähe auf identische Patienten prüfen!





### 3 Masern Impfpflicht tritt ab März 2020 in Kraft

Bei Aufnahme eines Kindes in eine Kita oder Schule müssen Eltern belegen, dass das Kind gegen Masern geimpft ist. Der Personenkreis für den Nachweis der Impfung betrifft auch

- Mitarbeiter von Arztpraxen, ambulanten Pflegediensten oder Krankenhäusern,
- Tagesmütter sowie Bewohner und Mitarbeitende in Asylbewerber- und Flüchtlingsunterkünften.

Die genannten Regelungen gelten nur für Personen, die nach dem 31. Dezember 1970 geboren sind.

Für Kinder, die bereits vor dem 1. März 2020 eine Kita oder Schule besuchen, sowie für Beschäftigte in entsprechenden Einrichtungen gilt eine Nachweisfrist bis zum 31. Juli 2021. Gegen Eltern, die ihre in Gemeinschaftseinrichtungen betreuten Kinder nicht impfen lassen, sowie nicht geimpfte Mitarbeiter in Gesundheits- und Gemeinschaftseinrichtungen kann künftig ein Bußgeld in Höhe von bis zu 2500 Euro verhängt werden.

Künftig ist jeder Arzt unabhängig von seinem Fachgebiet zur Durchführung von Schutzimpfungen berechtigt. Auch Betriebsärzte dürfen demnach impfen.





## KOOPERATIONSPARTNER pwk & PARTNER

pwk & PARTNER – Rechtsanwälte mbB ist eine bundesweit, hochspezialisiert im Medizinrecht tätige Rechtsanwaltskanzlei mit 15 Berufsträgern. Wir verstehen uns als kompetenten Ansprechpartner für niedergelassene Ärzte, Medizinische Versorgungszentren, Krankenhäuser, ermächtigte Ärzte, Berufsverbände, Praxisnetze und andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen. Wir bieten rechtlich fundierte individuelle Lösungen für Ihr Anliegen, insbesondere in Verfahren gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen, Prüfstellen, Beschwerde-, Plausibilitäts-, Disziplinarausschüssen als auch den Ärztekammern.

Unser Bestreben ist es, Ihre Praxis bei der Abwehr von Regressen und Honorarrückforderungen im Bereich der Wirtschaftlichkeits- (Arznei- und Heilmittel sowie Sprechstundenbedarf) bzw. Plausibilitätsprüfungen zielorientiert zu verteidigen und somit langjährige gerichtliche Verfahren im Vorhinein zu vermeiden.

Ergänzt wird die Expertise von pwk & PARTNER – Rechtsanwälte mbB durch sämtliche sonstige Bereiche des Vertragsarzt- und ärztlichen Berufsrechts, insbesondere bieten wir auch Lösungen für den gesellschafts- und arbeitsrechtlichen Bereich in jedwedem medizinischen Kontext.

Wir sind Netzwerkpartner der AAC PRAXISBERATUNG AG.

[Im Medizinrecht operieren wir – Kreativität ist unser Leitbild!](#)

Ihr Ansprechpartner:

**RA Lars Wiedemann**  
**Fachanwalt für Medizinrecht**

Gründungspartner  
pwk & PARTNER – Rechtsanwälte mbB

Saarlandstraße 23  
44139 Dortmund

Telefon: 02 31 / 7 75 74-200  
Fax: 02 31 / 7 75 74-222  
E-Mail: [lars.wiedemann@pwk-partner.de](mailto:lars.wiedemann@pwk-partner.de)

[www.pwk-partner.de](http://www.pwk-partner.de)



# IN EIGENER SACHE DIE AAC-TRANSKODIERUNG

## AB DEM 01.04.2020 GILT DER NEUE EBM

### DIE FAKTEN

#### ABRECHNUNG

- Neubewertung vieler wichtiger Leistungen – fast alle Fachgruppen betroffen:  
Haus- und Fachärzte
- Vorgabe TSVG – Aufwertung der Gesprächsleistungen, Abwertung der technischen Leistungen
- Kein zusätzliches Geld – Ausgabenneutralität gleich Umverteilung

#### PRÜFZEITEN

- Neubewertung und Absenkung der Prüfzeiten um durchschnittlich 30 Prozent
- Dies bedeutet für die Praxen – je nach Leistungsspektrum – erhebliche Chancen, aber auch Risiken für die Abrechnung.
- Sie bekommen den Honorarbescheid des zweiten Quartals aber erst im November.  
In der Konsequenz rechnen Sie fast drei Quartale „blind“ ab, bevor Sie die Auswirkungen der neuen Gebührenordnung auf Abrechnung und Honorar beurteilen können.

Das muss nicht sein!

### DIE AAC-TRANSKODIERUNG

Wir zeigen Ihnen anhand der Abrechnung eines abgeschlossenen Quartals, zum Beispiel Q4 2019 oder Q1 2020, mit unserer Simulationsrechnung die Transkodierung, die Auswirkungen des neuen EBM auf Ihre Abrechnung.

Damit erhalten Sie bereits sehr frühzeitig eine valide „Übersetzung des EBM alt in neu“.



## SIE BEKOMMEN Z. B. EINE ÜBERSICHT ZU

- der Veränderung der Bewertungen der einzelnen Ziffern und ihrer Häufigkeit vs. Fachgruppe

LEISTUNGEN NACH BEWERTUNG									
RLV-LEISTUNGEN									
Kapitel: 1.4 - Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen									
Arzt	Ziffer	Anzahl	EBM ALT		EBM NEU		Häufigkeit Arzt	Häufigkeit FB	Diff. Anzahl
			€ pro Ziffer	Gesamt	€ pro Ziffer	Gesamt			
Musterarzt7	01430	23	1,30 €	29,87 €	1,32 €	30,32 €	1,50 %	8,89 %	+113
Musterarzt8	01430	1	1,30 €	1,30 €	1,32 €	1,32 €	0,08 %	8,89 %	+109
Musterarzt7	01436	21	1,95 €	40,91 €	1,98 €	41,53 €	1,37 %	0,64 %	-11
Musterarzt8	01436	10	1,95 €	19,48 €	1,98 €	19,78 €	0,81 %	0,64 %	-2
Summen				91,56 €		92,95 €			

  

QZV-LEISTUNGEN									
Kapitel: 30.9 - Schlafstörungsdiagnostik									
EBM NEU									

- den Auswirkungen auf die Prüfzeit

BEHANDLUNGSZEITEN PRAXIS				
	EBM ALT		EBM NEU	
	Minuten	Stunden	Minuten	Stunden
Maximale Stundenzahl	117.000	1.950:00	117.000	1.950:00
Gesamtsumme der Behandlungszeiten im Quartal	154.027	2.567:07	94.200	1.570:00
- davon entfällt auf das Tagesprofil	77.409	1.290:09	47.678	794:38
- davon entfällt auf das Quartalsprofil	76.618	1.276:58	46.522	775:22
- davon entfällt auf besondere Gesprächsleistungen (+Ziffern)	0	00:00	0	00:00
Quartalsprofil ohne besondere Gesprächsleistungen (+Ziffern)	154.027	2567:07	94.200	1.570:00



## NUTZEN

### **WIR ÜBERPRÜFEN DIE FAKTEN UND LIEFERN IHNEN DIE ANTWORTEN!**

- Wie verändert sich das abgerechnete Leistungsvolumen Ihrer Praxis?
- In welchen Leistungsbereichen müssen Sie gegensteuern?
- Welche Chancen ergeben sich durch die abgesenkten Prüfzeiten?
- Wie müssen Sie Ihre Leistungssteuerung für die Wirtschaftlichkeit und Plausibilität Ihrer Abrechnung verändern?

Mit der AAC-Transkodierung können Sie sicher planen und Kurs halten!

## KONDITIONEN



BASISPREIS EINZELPRAXIS  
bereits ab **149,- €**

GEMEINSCHAFTSPRAXEN / MVZ  
**Basispreis + 50,- €** pro weiterem Arzt

Inklusive eines kurzen Auswertungsgespräches, Preise zzgl. USt.

## INTERESSE?

Nutzen Sie das Kontaktformular unter [www.aac-ag.de/transkodierung](http://www.aac-ag.de/transkodierung)  
oder kontaktieren Sie uns per

Telefon 030 · 22 44 523 0

oder

E-Mail [transkodierung@aac-ag.de](mailto:transkodierung@aac-ag.de)





## DIE AAC-TRANSKODIERUNG

### IHRE SIMULATIONSANALYSE „EBM ALT ZU NEU“

- Bewertung von Ziffern & Zeiten
- Leistungen Ihrer Praxis vs. Fachgruppe
- Auswirkungen auf angefordertes Honorar und Prüfzeit
- inklusive Auswertungsgespräch

Weitere Informationen hier im Magazin ab Seite 28.

[AAC-AG.DE](http://AAC-AG.DE)

AAC PRAXISBERATUNG AG    Am Treptower Park 75    12435 Berlin

Telefon 030 · 22 44 523 0    Fax 030 · 22 44 523 33    E-Mail [transkodierung@aac-ag.de](mailto:transkodierung@aac-ag.de)