

AAC *Magazin*



KUNDENMAGAZIN DER AAC PRAXISBERATUNG AG

NEUES BEI KV-ABRECHNUNG & HONORAR AUF EINEN BLICK

AUSGABE NR. 07 – Q4 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
Franziska Mainda

BILDNACHWEISE

Seite 1, 8 © SFIO CRACHO - stock.adobe.com
Seite 4 © ipopba - stock.adobe.com
Seite 12 © weyo - stock.adobe.com
Seite 18 © AndSus - stock.adobe.com
Seite 23 © Witthaya - stock.adobe.com
Seite 27 © Karl-Hendrik Tittel
Seite 28 © sodawhiskey - stock.adobe.com

LAYOUT

Olaf Brandmeyer, 32257 Bünde

DRUCK

ServoPrint GmbH, 32051 Herford

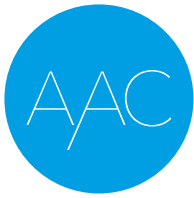
AUFLAGE

Druck: 1000 Stück
Magazin als PDF: 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,

die Tage werden kürzer, die Temperaturen sinken, die Infekt-Saison beginnt. Viele Praxisinhaber blicken mit einer gewissen Sorge auf die nächsten Monate. Denn das Infektionsgeschehen hat – regional unterschiedlich – wieder deutlich an Fahrt aufgenommen. Es kommt also jetzt darauf an, die Praxis gut aufzustellen, ein aktives Patienten-Management zu betreiben und bei der Abrechnung mehr denn je darauf zu achten, vollständig abzurechnen.

Auch in diesem Quartal waren G-BA und Bewertungsausschuss wieder aktiv. Machen Sie sich mit den Neuerungen vertraut. Wir versuchen, Sie hier mit unserem Magazin „kurz & knackig“ zu unterstützen.

Immer mehr Praxen arbeiten mit angestellten Ärzten. Der Trend ist ungebrochen. Doch was ist hier bei der Planung und Steuerung alles zu beachten? Wie viele Patienten müssen versorgt werden, damit sich die Personalinvestition auch rechnet? Hier haben wir eine spezielle Analyse entwickelt, die Patientenzahlen und Leistungen sowie die Lohnkosten transparent darstellt. So erhalten Sie Planungssicherheit und können aktiv steuern. Wir möchten Ihnen auch bei diesem Thema von Anfang an mit Rat und Tat zur Seite stehen. Sprechen Sie uns bitte an.

Auch für alle anderen Fragen steht Ihnen Ihr Berater in gewohnter Weise 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

Holger Söffge



NR. 07

INHALT Q4 2020

Bundesweit gültige Regelungen zum 01.10.2020	4
KV-spezifische Regelungen ab 01.10.2020	18
In eigener Sache:	
Lohnt sich ein angestellter Arzt für meine Praxis?	22





WAS GIBT'S NEUES?

BUNDESWEITE REGELUNGEN ZUM 01.10.2020

1 G-BA: kurzfristig regionale Sonderregelungen während der Pandemie-Phase

COVID-19-Sonderregelungen, die bereits ausgelaufen sind oder demnächst auslaufen, können ab 1. Oktober **kurzfristig regional und temporär** in Kraft gesetzt werden. Diese Entscheidung hat der G-BA in einem Grundlagenbeschluss verankert. Ziel ist es, vorbeugende Maßnahmen zu ergreifen, sobald in bestimmten Regionen die Infektionszahlen mit dem Coronavirus steigen. Konkret handelt es sich hierbei um:

- **Heilmittel-Behandlung per Video**, sofern dies aus therapeutischer Sicht möglich ist
- **Folgeverordnungen nach telefonischer Anamnese** für die häusliche Krankenpflege sowie Hilfs- oder Heilmittel
- **Krankschreibung per Telefon** von bis zu 7 Kalendertagen, vorausgesetzt es handelt sich um eine Erkrankung der oberen Atemwege ohne schwere Symptomatik
- **Verlängerung der Vorlagefrist auf 7 Tage von Verordnungen bei der Krankenkasse** für die häusliche Krankenpflege, spezialisierte ambulante Palliativversorgung und Soziotherapie
- **Krankentransport COVID-19-positiver Patienten**, ohne vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse, bei zwingend notwendigen oder nicht aufschiebbaren Behandlungen

Unabhängig vom regionalen Ausbruchsgeschehen gelten folgende Regelungen aus der **Heilmittel- und Krankentransport-Richtlinie** (bis maximal 31.03.2021) **bundesweit**.

- Die Geltungsdauer für Heilmittelverordnungen bleibt auf 28 Tage verlängert (regulär: 14 Tage).
- Krankentransporte von COVID-19-positiven Personen unter häuslicher Quarantäne dürfen ohne vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse, bei zwingend notwendigen oder nicht aufschiebbaren Behandlungen, durchgeführt werden.



2 KBV: Verlängerung oder Aufhebung befristeter Sonderregelungen aufgrund der Corona-Pandemie

Welche sonstigen Sonderregelungen weiterhin gelten oder zum September ausgelaufen sind, erfahren sie hier:

Ende der Gültigkeit zum 30.09.2020

DMP	Kontrolluntersuchungen und Schulungen konnten, in medizinisch vertretbaren Situationen zum Schutz des Patienten, ausfallen
Dialyse-Notfallplan	für die Dialyse-Versorgung, bei Infektionsdialysen mit den Zuschlagsziffern GOP 40835 und GOP 40836
Fortbildungen	Fristverlängerung der Nachweispflicht fachlicher Fortbildungen, für Ärzte und Psychotherapeuten

Befristung zum 31.12.2020*

Videosprechstunde	ausgesetzte Mengenbegrenzung
Videosprechstunde Psychotherapeuten	Einzeltherapiesitzungen, psychotherapeutische Sprechstunden, probatorische Sitzungen sind per Video möglich
funktionelle Entwicklungstherapie	per Video, für Kinder und Jugendliche, mit temporärer GOP 14223
Psychotherapie	Umwandlung von Gruppentherapie in Einzeltherapie, ohne gesonderte Antragstellung bei der Krankenkasse möglich
Heilmittelverordnung	kann innerhalb von 28 Tagen begonnen werden
Krankentransport	COVID-19-Erkrankter bzw. unter Quarantäne stehender Personen, ohne vorherige Genehmigung der Krankenkasse, für ambulante Behandlungen
NäPa	Nichtärztliche Praxisassistenten können schon vor Abschluss der Fortbildung tätig sein
Hygienepauschale	von 4 €/Behandlungstag zusätzlich zu den Behandlungskosten für D-Ärzte



2 KBV: Verlängerung oder Aufhebung befristeter Sonderregelungen aufgrund der Corona-Pandemie (Fortsetzung)

Befristung zum 31.03.2021*

U-Untersuchungen	die Untersuchungszeiträume ab U6 sind ausgesetzt
QS-Maßnahmen	Qualitätssicherungs-Maßnahmen können weiterhin von den KVn für einzelne Leistungen ausgesetzt werden – bitte fragen Sie bei Ihrer KV nach
Austauschmöglichkeiten bei Arzneimittelabgabe	Apotheker haben die Möglichkeit zum Austausch von Arzneimitteln
Substitutionstherapie	Verordnungen für bis zu 7 Tage möglich; Folgerezepte auch ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt
BtM-Rezeptformulare	sind in Ausnahmen übertragbar und von anderen Ärzten verwendbar
Corona-Warn-App	Abstrich und/oder Gespräch mit der temporären GOP 02402 berechnungsfähig
Entlass-Management	Verordnungen aus dem Krankenhaus bis zu 14 Tage gültig

* vorbehaltlich Fristverlängerungen aufgrund der weiteren Entwicklung des Infektionsgeschehens

3 Orientierungspunktwert für 2021 festgelegt

Der Orientierungspunktwert wird zum 1. Januar 2021 um 1,25 Prozent angehoben, auf 11,1244 Cent. Für die Versorgung gesetzlich Krankenversicherter stehen dann knapp 500 Millionen Euro mehr zur Verfügung.

Diese Entscheidung wurde im Schiedsverfahren gegen das Votum der KBV Ende August getroffen, nachdem die Verhandlungen zwischen Krankenkassen und KBV scheiterten.





4 Neue Portoziffern – Keine Limitierung bis zum 30. September 2021

Die zum 01.07.20 neu eingeführten Kostenpauschalen für Porto (GOP 40110) und Fax (GOP 40111) waren je Fachgruppe auf einen Höchstsatz limitiert, da der digitale Versand und Empfang von Arztbriefen gefördert werden soll. Da die Technik für Versand und Empfang jedoch nicht flächendeckend zur Verfügung steht, wurde die Limitierung bis 30.09.2021 für den Versand auf herkömmlichem Wege ausgesetzt.

5 Corona-Warn-App: Erweiterung der Zusatzpauschale 02402 auf symptomatische Patienten

Die Zusatzpauschale **02402** für die Entnahme von Körpermaterial aufgrund einer Warnung der Corona-Warn-App wird ab 1. Oktober auf acht Euro **abgesenkt**. Dies erfolgt vor dem Hintergrund, dass ein ärztliches Gespräch nur noch als fakultativer Leistungsinhalt erfolgen muss. Obligater Leistungsinhalt ist damit nur der Abstrich.

Ergänzend kommt jedoch hinzu, dass die Ziffer jetzt auch bei begründetem Verdacht auf eine SARS-CoV-2-Infektion abgerechnet werden kann. Um unterscheiden zu können, ob der Abstrich aufgrund einer Warnung in der Warn-App erfolgte oder bei symptomatischen Patienten, ist in erstem Fall der Buchstabe A hinter die 02402 zu setzen.

Außerdem wurde eine neue GOP **02403** in den EBM aufgenommen. Diese ist als Zuschlag zur 02402 abrechnungsfähig, sofern im Behandlungsfall keine Grund-/Versichertenpauschale abgerechnet wird. Der Zuschlag ist mit rund sieben Euro bewertet. Damit hat der Abstrich bei den oben genannten Patienten die gleiche Vergütungshöhe, wie bei asymptomatischen Patienten z.B. Reiserückkehrern.

Beide Ziffern können bis zu vier Mal im Behandlungsfall pro Patient berechnet werden.

Diese Regelungen gelten zunächst bis zum 31. März 2021.

Ebenso neu wurde mit Blick auf die erwartete Einführung von SARS-CoV-2-Antigentests in den EBM zum 01.10.2020 die GOP 32779 aufgenommen. Dies ist jedoch nur von Laborärzten abrechenbar. Point of Care-Antigentests sind über diese GOP nicht ansetzbar und demnach keine Kassenleistung.



6 Arzneimittelrezepte: Dosierungsangabe verpflichtend ab November 2020

Ab Oktober muss die Verordnungssoftware für Arzneimittelrezepte eine Erweiterung für Dosierungsangaben vorweisen. Vom 1. November an sind Ärzte verpflichtet, Angaben zur Dosierung auf dem Rezept zu machen. Alternativ wird auf dem Rezept vermerkt, dass ein Medikationsplan ausgehändigt wurde oder eine Dosierungsanweisung erfolgte. Diese Regelungen gelten auch bei Betäubungsmittelrezepten.

für die Praxis Damit die neue Verordnungssoftware den Praxisalltag rechtzeitig unterstützt, wird diese zum 1. Oktober um die entsprechende Funktion ergänzt. So soll gewährleistet werden, dass die Dosierungsangabe ab November im Praxisalltag funktioniert. Ziel ist es, Rückfragen seitens der Apotheken an die Arztpraxen zu reduzieren. Bitte achten Sie darauf, dass das Update installiert ist.

Beispiel

WAS?	WO?	WIE?
Arzneimittelrezept mit Dosierungsangabe	hinter dem verordneten Produkt am Ende der Verordnungszeile	>>0-0-1<<
Ausgabe Medikationsplan bzw. schriftliche Dosierungsanweisung	Kennzeichnung auf dem Rezept Dj = Dosisanweisung vorhanden: ja	>>Dj<<

7 Grundpauschale der Rheumatologen erhöht

Die Grundpauschale der Rheumatologen wird zum 1. Oktober um zirka 20 Cent erhöht. Grund ist, dass die Rheumatologen nun die Möglichkeit haben, bei krankhaften Schädigungen am Fuß in Folge einer sensiblen oder motorischen Neuropathie oder als Folge eines Querschnittsyndroms, die medizinische Fußpflege zu verordnen. Zuvor war dies nur beim diabetischen Fußsyndrom möglich. Hierfür wurde durch den G-BA auch die Heilmittel-Richtlinie angepasst.

8 Bundesweiter Rheumavertrag wird gekündigt

Der erste bundeseinheitliche Rheumaversorgungsvertrag endet zum 31. Dezember 2020. Diese Entscheidung erfolgte, da dieser im Vergleich zu anderen Selektivverträgen nicht genutzt wird. Für Ärzte war er unattraktiv, da zu wenig Kassen beigetreten sind. Geschlossen wurde der Vertrag mit der Versorgungslandschaft Rheuma und dem Dienstleister spectrumK.



9 Arbeitsunfähigkeitsrichtlinie – Krankschreibung künftig per Video möglich

Seit 7. Oktober haben Ärzte die Möglichkeit, ihren Patienten per Video eine Arbeitsunfähigkeit (AU) auszustellen. Vorausgesetzt, der Versicherte ist in der Arztpraxis bekannt.

- für die Praxis**
- **Ausschließlich der bekannte Patient** kann per Videosprechstunde eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erhalten.
 - Die **Erstbescheinigung** darf **nicht länger als für sieben aufeinanderfolgende Tage** ausgestellt werden.
 - **Folgebescheinigungen** können **erst** wieder mittels Videosprechstunde ausgestellt werden, **wenn zwischenzeitlich eine persönliche Vorstellung in der Praxis erfolgte.**
 - **Ärzte sind verpflichtet**, vor der Videosprechstunde, die Patienten **über die eingeschränkte Befunderhebung aufzuklären.**

Zu beachten ist, dass Krankschreibungen per Telefon, mittels Chat-Befragung oder Online-Fragebogen nicht möglich sind. Bei einer längeren Krankheitsdauer muss der Patient die Praxis aufsuchen. Eine persönliche Untersuchung kann unverändert nur mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt stattfinden. Auch alle anderen Regelungen zur AU gelten weiterhin.

10 Neue Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung bei oraler Gabe von Siponimod

Für Neurologen und Nervenärzte wird ab 1. Oktober eine neue Zusatzpauschale im EBM verankert. Für die Beobachtung und Betreuung von Patienten mit sekundär fortschreitender Multipler Sklerose kann bei der oralen Gabe von Siponimod die neue GOP 01517 berechnet werden. Die Gabe des Wirkstoffes setzt eine mehrstündige Überwachung voraus. Die neue Zusatzpauschale wird für zwei Jahre extrabudgetär vergütet.

ZIFFER	BESCHREIBUNG	PUNKTWERT	WERT IN EURO
01517	Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung bei oraler Gabe von Siponimod mit einer Dauer von mehr als 6 Stunden.	129	142,72





11 Pertussis-Impfung für Schwangere ist jetzt Kassenleistung

Schwangere sollen sich gegen Keuchhusten impfen lassen, das empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) auf Grundlage neuester Studien. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) passte die Schutzimpfungs-Richtlinie entsprechend an. Seit dem 10. Juli ist die Impfung für Schwangere Kassenleistung.

Laut Robert Koch-Institut (RKI) ist Keuchhusten trotz hoher Impfquoten bei Kindern weltweit eine häufige Erkrankung. Da Auffrischimpfungen unzureichend wahrgenommen werden, tragen insbesondere Erwachsene zur Übertragung bei. Ziel ist es, Neugeborene und junge Säuglinge so vor einer Infektion zu schützen, um Krankenhausaufenthalte und Todesfälle zu reduzieren.

Wie lautet die Impfempfehlung?

- Schwangere Frauen im letzten Schwangerschaftstrimester
- Bei erhöhter Wahrscheinlichkeit einer Frühgeburt ▶ vorziehen der Impfung auf das zweite Schwangerschaftstrimester.
- Die Impfung ist unabhängig vom Abstand einer vorherig verabreichten Pertussis-Impfung und **in jeder Schwangerschaft** durchzuführen.
- Beim Versäumen direkt in den ersten Tagen nach der Geburt nachholen, sofern die letzte Impfung zehn Jahre oder länger zurückliegt.
- **Wichtig:** enge Haushaltskontaktpersonen (Familie, Tagesmütter, Babysitter, Großeltern) sollten nach Möglichkeit bis spätestens 4 Wochen vor dem geplanten Entbindungstermin geimpft werden. Hier empfiehlt die STIKO eine Auffrischung alle zehn Jahre.

für die Praxis Für die Impfung muss der bekannte Tdap-Kombinationsimpfstoff verwendet werden. Wie alle Impfungen wird auch die Pertussis-Impfung extrabudgetär honoriert. Es wurden keine neuen Impfschritte eingeführt. Bitte verwenden Sie die Impfschritte der für Sie zuständigen KV.

12 Balneophototherapie bei Neurodermitis möglich

Die Licht-Bade-Therapie (Balneophototherapie) bei Neurodermitis ist für Dermatologen ab 1. Oktober über die bekannte GOP 10350 (43,73 € / 398 Punkte) abrechenbar. Bereits im März verabschiedete der G-BA die Indikationserweiterung. Patienten mit schwerer bis mittelschwerer Neurodermitis haben nun die Möglichkeit, die Licht-Bad-Therapie als Kassenleistung in Anspruch zu nehmen. Bislang galt dies ausschließlich bei Psoriasis.

Hautärzte, die die Behandlung durchführen, benötigen eine Genehmigung der KV nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Balneophototherapie.



15 Aufnahme Impfung Japanische Enzephalitis

Die Impfung gegen die Japanische Enzephalitis wurde in die Schutzimpfungs-Richtlinie aufgenommen. Die STIKO empfiehlt diese für zwei unterschiedliche Indikationsgruppen:

1. Als Reiseindikation bei Aufenthalten in einem Endemiegebiet (Südost-Asien, weite Teile Indiens, Korea, Japan, China, West-Pazifik, Nordaustralien)

- Reisen in aktuelle Ausbruchgebiete
- Langzeitaufenthalt (mehr als vier Wochen)
- wiederholten Kurzaufenthalten
- voraussehbarem Aufenthalt in der Nähe von Reisfeldern und Schweinezucht (nicht auf ländliche Gebiete begrenzt)

2. Als berufliche Indikation

- Laborpersonal, das gezielt mit vermehrungsfähigen JEV-Wildtypstämmen arbeitet

für die Praxis Ein Anspruch auf die Impfung gegen die Japanische Enzephalitis bei Reisenden besteht nur, wenn der Auslandsaufenthalt beruflich oder durch eine Ausbildung begründet ist.

Voraussichtlich ab 1. Oktober 2020 kann der Impfstoff dann als Sprechstundenbedarf bezogen werden. Bis dahin müssen Impfstoff und Leistung privat abgerechnet werden. Es wurden keine neuen Imp fziffern eingeführt. Bitte verwenden Sie die Imp fziffern der für Sie zuständigen KV.

16 Test auf DPD-Mangel neue Leistung im EBM

Ab 1. Oktober wird der Test auf einen DPD-Mangel (Dihydropyrimidin-Dehydrogenase) zur Kassenleistung. Die Vergütung ist vorerst extrabudgetär.

Hintergrund ist, dass die häufig bei Krebstherapien verwendeten fluorouracilhaltigen Arzneimittel bei einem Mangel des DPD-Enzyms nicht komplett von der Leber abgebaut werden können. Dies führt durch toxische Metabolite zu lebensbedrohlichen Situationen. Um diese Nebenwirkungen vor Therapieantritt auszuschließen, kann ein Test auf DPD-Mangel durchgeführt werden. Dieser musste bisher von den Patienten privat bezahlt werden. Ab sofort ist dieser auch als Kassenleistung möglich.

Der Test selbst kann nur im Labor mit der GOP 32867 abgerechnet werden und hat einen Wert von 120 Euro.



13 Vergütung Screening Kolon- und Zervixkarzinom nur noch mit eDoku

Mit Beginn des 4. Quartals 2020 startet die verpflichtende Dokumentation für das Kolonkarzinom- bzw. Zervixkarzinom-Screening. Nachdem sich im Januar wegen fehlender Softwareunterstützung die Programmdokumentation verzögerte, hat der G-BA den Starttermin auf den 1. Oktober 2020 festgelegt. Die Leistungen des Screening-Programms sind ab diesem Zeitpunkt nur **nach elektronischer Dokumentation abrechenbar**. Diese ist verpflichtend für alle teilnehmenden Ärzte.

Parallel dazu erfolgt zum 1. Oktober 2020 eine erhöhte Bewertung der Gebührenordnungspositionen in der Gynäkologie:

ZIFFER	BESCHREIBUNG	PUNKTWERT ALT	EURO ALT	BEWERTUNG AB 01.10.2020	PUNKTWERT NEU	EURO NEU
01761	Früherkennungsdiagnostik des Zervixkarzinoms	179	19,67 €	↑	216	23,73 €
01764	Abklärungsdiagnostik mit Abstrichentnahme	67	7,36 €	↑	93	10,22 €
01765	Abklärungskolposkopie zur Abklärung auffälliger Befunde	658	72,30 €	↑	729	80,10 €

für die Praxis Alle Leistungen des Screenings werden unverändert extrabudgetär vergütet. Es empfiehlt sich, das Merkblatt des G-BA in der Praxis vorrätig zu haben. Diese sind über die Homepage des G-BA unter Versicherteninformationen abrufbar. So können auch Patientinnen aufgeklärt werden, die noch keine schriftliche Einladung erhalten haben. Über das Merkblatt wird die Patientin auch über die Dokumentation und Auswertung der Daten aufgeklärt. Eine separate Einwilligung in die Datenverarbeitung ist nicht vorgesehen. Patientinnen können jedoch der eDoku widersprechen.

14 Ärzte mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie können die Verordnung einer Soziotherapie abrechnen

Ab dem 3. Quartal können nun auch Ärzte mit einer Zusatz-Weiterbildung für Psychotherapie die Erst- und Folgeverordnungen von Soziotherapie abrechnen (GOP 30810 / 30811). Sie wird für diese Ärzte unverändert extrabudgetär vergütet.



17 Telekonsile auf alle Fachgruppen erweitert

Telemedizinische ärztliche Konsile sind ab 1. Oktober auf alle Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten erweitert worden.

Bisher gab es die Möglichkeit des Telekonsils nur für Befundbeurteilung von Röntgen- und CT-Aufnahmen.

Ärzte können sich nun mit ambulant oder stationär tätigen Kollegen per Telekonsil austauschen:

- bei fachfremden Fragestellungen mit einem Kollegen des anderen Fachs z.B. Urologe mit Gynäkologen oder
- bei komplexen Fragestellungen mit einem fachgleichen Kollegen zur weiteren Behandlung des Patienten.

Wichtig ist, dass die Neuregelung sektorübergreifend gilt, d.h. auch Krankenhausärzte mit einschließt.

Es wurden drei neue Leistungen in den EBM aufgenommen. Die GOP 01670 für das Einholen eines Telekonsils, die GOPs 01671 und 01672 für die telekonsiliarische Beurteilung. Außerdem ist im Rahmen eines Videokonsiliums der Technikzuschlag über die 01450, für den initiiierenden Arzt, abrechenbar. Alle Leistungen werden extrabudgetär vergütet.

Voraussetzungen sind die Einwilligung des Patienten sowie eine sichere elektronische Übermittlung. Hierbei dient KIM (Kommunikation in der Medizin) als Dienstleistungsinstrument über die Telematikinfrastruktur. Übergangsweise ist ebenfalls das KV-Connect-System nutzbar.

ZIFFER	BESCHREIBUNG	PUNKTWERT	WERT IN EURO
01670	Einholung Telekonsilium, Zusammenstellung Unterlagen, elektronische Übermittlung, Einholung Einwilligung Patient, 2x Behandlungsfall	110	12,09
01671	Telekonsiliarische Beurteilung, Erstellung schriftlicher Konsiliarbericht, elektronische Übermittlung, Dauer 10 Minuten	128	14,06
01672	Zuschlag zur 01671, je weitere vollendete 5 Minuten, max. 3x Behandlungsfall	65	7,14



18 Vakuumversiegelungstherapie als Wundversorgung - neu im EBM

Die Wundversorgung mittels Vakuumversiegelung kann von Ärzten ab 1. Oktober abgerechnet werden. Hierzu sind neue GOPs für die Durchführung und zudem Sachkostenpauschalen in den EBM aufgenommen worden.

Die GOP 02314 (14,83 Euro) ist für fast alle Fachgruppen abrechenbar und wird zunächst extra-budgetär vergütet. Wichtig ist, dass zwischen primärem und sekundärem Wundverschluss unterschieden wird. Bei letzterem kann die Leistung auch von nicht operativ tätigen Ärzten berechnet werden.

Hierzu zählen u.a. Hausärzte, Chirurgen, Gynäkologen und Orthopäden. Kinder- und Jugendärzte sind hingegen ausgeschlossen.

Im Zusammenhang mit der GOP 02314 wurden entsprechende Sachkosten in den EBM mit aufgenommen. Es handelt sich hierbei um die GOP 40901, 40902 und 40903, je nach Größe der Wunde und Einsatz einer Vakuumpumpe.

Die GOPs 31401 (7,50 Euro) und 36401 (7,03 Euro) für den primären Wundverschluss, gelten nur für operativ tätige Fachärzte und sind zusätzlich zur eigentlichen OP-Leistung berechnungsfähig. Hierzu kann die Sachkostenpauschale 40900 berechnet werden. Die beiden GOP werden extra-budgetär zu festen Preisen vergütet.

Alle Leistungen sind jedoch nur dann ansetzbar, wenn aufgrund von wund- oder patientenspezifischen Risikofaktoren unter einer Standardbehandlung keine ausreichende Heilung zu erwarten ist.

19 Ausblick auf 1/2021 und darüber hinaus

Der Ausbau der Digitalisierung in der medizinischen Versorgung schreitet voran. 2021 steht im Fokus des Patientendatenschutzgesetz (PDSG), welches bereits vom Bundesrat gebilligt wurde. Es ist der Grundstein für erste medizinische Anwendungen wie dem elektronischen Medikamentenplan und dem Notfalldatenmanagement. Hier gibt es Praxen, die diese Anwendungen bereits installiert haben und nutzen können. Bayern und Rheinland-Pfalz vergeben dazu Fördergelder – siehe auch unter KV-spezifische Regelungen.

Zudem wurde die Umsetzung der neuen Heilmittelrichtlinie von Oktober 2020 auf Januar 2021 verschoben.

Eine weitere Neuerung ist die Weiterentwicklung des EBM für das Kapitel der Strahlentherapie zum 01.01.2021.





WAS GIBT'S NEUES?

KV-SPEZIFISCHE REGELUNGEN AB 01.10.2020

BY

BAYERN

Erstattung TI-Pauschalen / TI = Telematikinfrastruktur

Praxen, die für den elektronischen Medikamentenplan (eMP) und das Notfalldatenmanagement (NFDm) betriebsbereit sind, erhalten von der KV Bayern eine Erstattung der Einrichtungskosten. Auch für die Einrichtung des KIM (Kommunikationsdienst im Medizinwesen) kann eine Erstattung der Anschlusskosten erfolgen. Die Möglichkeit der Erstattung besteht einmalig, jeweils im dritten oder vierten Quartal 2020. Dafür wird auf einem beliebigen Abrechnungsschein die entsprechende GOP eingetragen. Die Erstattung erfolgt dann mit der Honorarzahlung. Ein gesonderter Abrechnungsschein ist nicht notwendig und Rechnungen müssen nicht eingereicht werden.

- **Notfalldatenmanagement und elektronischer Medikamentenplan**

- **Pseudo-GOP 99016A**

- Förderungsbeträge:

- Update für den Konnektor 530,- Euro – einmalig je Betriebsstätte, 535,- Euro für zusätzliches Kartenterminal – anspruchsberechtigt je angefangene 625 Betriebsstättenfälle.

- **Einrichtung KIM**

- **Pseudo GOP 99016B**

- Förderung: 100,- Euro je Betriebsstätte – einmalig

Quelle: Schreiben vom 02.09.2020 an die Vertragsärzte

BE

BERLIN

Kennzeichnung von TSVG-Neupatienten durch die KV

Im Juli gab die KV Berlin bekannt, dass seit dem ersten Quartal 2020 alle Neupatienten automatisch durch die KV gekennzeichnet werden. Dies erfolgt, sofern nicht eine andere TSVG-Konstellation greift, bspw. die offene Sprechstunde.

Als Neupatienten gelten diejenigen Patienten, die weder im aktuellen Quartal noch in den letzten acht Vorquartalen die Praxis aufsuchten.

Quelle: Praxisinformationsdienst Nr. 11 – Juli 2020



BE

BERLIN (Fortsetzung)

Softwaregestützte Medikationschecks „eLiSa“: Vertrag mit der AOK erweitert

Die AOK Nordost bietet einen Selektivvertrag an, der nun erweitert wurde. Hierbei handelt es sich um einen softwaregestützten Medikationscheck ▶ „eLiSa. Informationen von Versicherten über die medizinische Behandlung der letzten 36 Monate werden bereitgestellt. Weitere Features sind, die Erstellung eines Medikamentenplans sowie der Medikamentencheck.



An dem Vertrag können alle Ärzte teilnehmen. Abgerechnet wird die GOP 90043, vorausgesetzt, dem AOK-Versicherten wurden in den letzten zwei Quartalen mindestens fünf rezeptpflichtige Medikamente verordnet.

Quelle: www.kvberlin.de/fuer-praxen/aktuelles/praxis-news/detailansicht/pn200716

Impfvereinbarung verlängert bis Ende 2020

Die Krankenkassen der AOK Nordost, Ersatzkassen, BKKn, IKKn und SVLFG haben die Schutzimpfungsvereinbarung verlängert. Sie gilt nun bis zum 31.12.2020. Bei beruflicher oder Reiseindikation können Cholera (GOP 89130), Gelbfieber (GOP 89131), Tollwut (GOP 89132) und Typhus (GOP 89133) geimpft und der KV in Rechnung gestellt werden. Pertussis und Röteln wurden hingegen gestrichen, da aktuell keine Monoimpfstoffe vorliegen. Alle anderen Impfungen gelten wie bisher.

Quelle: Schreiben vom 03.09.2020 an die Vertragsärzte

Reiseimpfung Novitas BKK

Die Novitas BKK und KV Berlin haben eine Reiseimpfvereinbarung beschlossen. Bei privaten Auslandsreisen können folgende Impfungen auf Kosten der Krankenkasse durchgeführt werden:



Hepatitis A (GOP 90100), Hepatitis B (90101), FSME (GOP 90102), Meningokokken (GOP 90103), Typhus (GOP 90104), Cholera (GOP 90105), Gelbfieber (GOP 90106) und Tollwut (GOP 90107). Berechtig sind Ärzte, die ihre Teilnahme mittels schriftlicher Erklärung gegenüber der KV eingereicht haben.

Quelle: www.kvberlin.de/fuer-praxen/aktuelles/praxis-news/detailansicht/pn200724



HB

BREMEN



Neue Regeln für Kennzeichnung der Videosprechstunde

Seit dem 3. Quartal sind bei der Videosprechstunde bestimmte Leistungen nur noch berechnungsfähig, wenn diese mit einem definierten Suffix (meist V) gekennzeichnet werden. Weitere Informationen finden Sie auf der Webseite der KV Bremen.

Quelle: www.kvhb.de/videosprechstunde

Hausarztverträge HzV: Chronikerpauschalen und neue GOP



Die AOK Bremen/ Bremerhaven, hkk, IKK gesund plus, IKK Nord, DAK Gesundheit und die Neue Hausarztliste (NHL) haben sich auf eine Anpassung der Vergütung chronisch Kranker im Rahmen der HzV geeinigt. Zum Zuge kommt die neue GOP 99259 bei Patienten mit drei und mehr Krankheiten. Diese ist 4x im Kalenderjahr, jeweils pro Behandlungsfall und nur nach persönlichem APK berechnungsfähig. Wird ein Patient neu in den HzV-Vertrag eingeschrieben und berichtet über seit Jahren bestehende chronische Erkrankungen, erhält die GOP das Suffix H ▶ 99259H.

Quelle: www.kvhb.de/hausarztvertraege-zum-1-juli-chronikerpauschalen-und-neue-gop

HH

HAMBURG

Vertragsänderungen „VorsorgePlus“ mit der HEK

Das Modul „Depression“ wurde aus dem Vertrag „Vorsorge plus“ zum 1. Juli 2020 ersatzlos gestrichen. Die dafür verwendeten GOPs 93402 und 93403 sind nicht mehr gültig. Zusätzlich wurde geregelt, dass angestellte Ärzte zur Teilnahme am Vertrag „Vorsorge plus“ nur noch berechtigt sind, wenn auch der anstellende Arzt daran teilnimmt. Demnach sind nun auch die Teilnahmeerklärungen vom anstellenden Arzt zu unterschreiben.

Quelle: KVH Telegramm Nr. 69 vom 20. Juli 2020

NR

NORDRHEIN

Pneumokokken und Herpes Zoster: keine Verordnung von Impfstoffen auf Patientennamen



Die KV Nordrhein hat in einem Kurzschreiben noch einmal verdeutlicht, dass Impfstoffe nach der Schutzimpfungs-Richtlinie über den Sprechstundenbedarf bezogen werden müssen. Verordnungen auf den Patienten direkt sind unzulässig. Gefahr droht von Seiten der Krankenkassen, die Einzelfallprüfungen veranlassen können. Bei der Bestellung sind aus wirtschaftlichen Gründen Großpackungen zu bevorzugen.

Quelle: www.kvno.de/60neues/2020/impfstoffe_patientennamen/index.html



RP

RHEINLAND-PFALZ

Erstattung TI-Pauschalen

Praxen können sich die Betriebsbereitschaft für das Notfalldatenmanagement (NFDm) und den elektronischen Medikamentenplan (eMP) mit Pauschalen erstatten lassen. Vorausgesetzt ein Upgrade vom eHealth-Konnektor an das Praxisverwaltungssystem erfolgte. Zusätzlich muss der E-Mail-Dienst KIM = Kommunikation im Medizinwesen angeschlossen werden, um den späteren Datenaustausch zwischen den einzelnen Akteuren im Gesundheitswesen sicher zu gestalten.

Sobald die Betriebsbereitschaft für die medizinischen Anwendungen und die Nutzung des KIM-Dienstes erfüllt sind, kann die Praxis dies im Mitgliederbereich bestätigen und erhält dann Kostenpauschalen für die TI-Anwendungen.

Regressgefahr bei Verordnungen von Hypnotika/Sedativa

Die KV Rheinland-Pfalz hat in einer Kurzinfo noch einmal auf die eingeschränkte Verordnung von Hypnotika und Sedativa zu Lasten der GKV hingewiesen. Diese sind bis auf Ausnahmen ausgeschlossen. Ausnahmen laut Arzneimittel-Richtlinie sind:

- Kurzzeittherapie bis zu 4 Wochen
- Längerdauernde Behandlung nur in medizinisch begründeten Fällen.
- Bei vollständig blinden Personen und einem gestörten Schlaf-Wach-Rhythmus.
- Bei Schlafstörungen von Kindern und Jugendlichen mit Autismus-Spektrum-Störung oder Smith-Magenis-Störung.



Quelle: www.kv-rlp.de/nachrichten/nachrichtentext/regressgefahr-bei-verordnungen-von-hypnotikasedativa/

Regressgefahr bei Verordnungen von Verbandmitteln



Die KV Rheinland-Pfalz weist auf das Wirtschaftlichkeitsgebot im Zusammenhang mit der Verordnung von Verbandmitteln hin. Diese Ausgaben werden den Arzneimittelkosten zugerechnet und ggf. zusammen mit diesen geprüft. Die KV RLP bietet zu diesem Thema auch eine neue Broschüre an.

Quelle: www.kv-rlp.de/nachrichten/nachrichtentext/regressgefahr-antraege-bei-verbandmitteln/

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





IN EIGENER SACHE DER AAC-KALKULATOR

Lohnt sich ein angestellter Arzt für meine Praxis?

Immer mehr Praxen arbeiten mit angestellten Ärzten. Der Trend zur Anstellung ist bei jungen Ärzten ungebrochen. Doch was ist hier bei der Planung und Steuerung für den Praxisinhaber alles zu beachten?

Ein angestellter Arzt bedeutet für die eigene Praxis erst einmal hohe Fixkosten, verbunden mit der Hoffnung, dass sich die Investition auch rechnet. Berücksichtigt werden muss nicht nur das Gehalt mit dem Arbeitgeberanteil der Lohnnebenkosten, sondern ggf. auch zusätzliches Assistenzpersonal.

Welche Ziele verfolge ich?

Wann lohnt es sich für einen Vertragsarzt, einen angestellten Arzt in die Praxis zu nehmen? Da kommt es auf die Motive des Praxisinhabers an und diese sind sehr vielfältig. Beispielsweise können die Schaffung persönlicher Freiräume und eine Arbeitsentlastung als Motiv gelten. Andererseits wäre eine Ausweitung des Betreuungsangebots, die Eröffnung einer Zweigpraxis, und dadurch höhere Einnahmen denkbar. Nicht selten ist die Anstellung eines Arztes auch der Beginn der Einleitung der Phase der Praxisabgabe.

Die Klärung der Zielstellung ist entscheidend für die Bewertung des Ergebnisses.

Welche Fragen Sie sich stellen sollten

- Welche Kosten kommen auf meine Praxis zu?
- Wo stehe ich aktuell bei Fallzahlen und Scheinwerten?
- Welche Ziele verfolge ich mit der Anstellung eines Arztes
- Wie viele Patienten müssen versorgt werden, damit sich die Personalinvestition auch rechnet?
- Welche Qualifikationen muss ein angestellter Arzt haben, damit er zu meinem Leistungsangebot und zu meinen Zielen passt?
- Welche Kosten kann bzw. möchte ich mir als Ausgaben leisten?

Planung und Steuerung sind essenziell

Wir sehen immer wieder, dass die Entscheidung zur Anstellung eines Arztes bereits gefallen und der Arbeitsvertrag unterschrieben ist, bevor entscheidende betriebswirtschaftliche Fragen geklärt sind.

Wir haben deshalb ein speziell auf diese Situation maßgeschneidertes Planungstool entwickelt, um Patientenzahlen, Leistungen und Umsatz sowie die Kosten transparent darzustellen, so dass Sie Planungssicherheit bekommen und aktiv steuern können.

Der AAC-Kalkulator

In einem ersten Schritt klären wir mit Ihnen, Ihre mit der Anstellung des Arztes verbundenen Ziele und die Rahmenbedingungen. Danach legen wir mit Ihnen realistische Planungsszenarien aus (zusätzlichen) Fallzahlen und Leistungen über die nächsten 4-6 Quartale fest. Als Ergebnis zeigen wir Ihnen dann die für Ihre Praxis mögliche Umsatz- und Gewinnprognose.

Damit erhalten Sie die größtmögliche Sicherheit und Orientierung.

Selbstverständlich unterstützen wir Sie auch bei weiteren Fragen wie z.B. einer individuellen Zielvereinbarung sowie der Prüfung bzw. Gestaltung des Arbeitsvertrags, letzteres durch unseren Kooperationspartner pwk Partner & Rechtsanwälte.

Beispiele finden Sie auf der Folgeseite.



IN EIGENER SACHE DER AAC-KALKULATOR

Sie bekommen zum Beispiel anpassbare Musterkalkulationen

- aufgrund der aktuellen Honorar- und Schein zahlen im Zusammenhang mit den Personalkosten der Praxis und möglichen Potentialausschöpfungen

INHABER + ANGESTELLTER ARZT						
Fallzahl	Patienten ohne Potenzialausschöpfung (ohne Notdienst)			Patienten mit Potenzialausschöpfung (ohne Notdienst)		
	Veränderung +/-			Veränderung +/-		
aktuell	Gesamthonorar	86.500,23 €		Gesamthonorar	94.480,40 €	7.980,17 €
	RLV-Fälle	1.149		RLV-Fälle	1.149	
	Scheinwert aktuell	75,28 €		Scheinwert erhöht	82,23 €	
				abzgl. PK		-10.169,83 €
Steigerung durch 2. Arzt um 100	Gesamthonorar	94.028,53 €	7.528,31 €	Gesamthonorar	102.703,24 €	8.222,84 €
	RLV-Fälle	1.249		RLV-Fälle	1.249	
	Scheinwert aktuell	75,28 €		Scheinwert erhöht	82,23 €	
		abzgl. PK		abzgl. PK		-9.927,16 €
250	Gesamthonorar	105.320,99 €	18.820,76 €	Gesamthonorar	115.037,49 €	20.557,09 €
	RLV-Fälle	1.399		RLV-Fälle	1.399	
	Scheinwert aktuell	75,28 €		Scheinwert erhöht	82,23 €	
		abzgl. PK		abzgl. PK		2.407,09 €
600	Gesamthonorar	131.670,06 €	45.169,83 €	Gesamthonorar	143.817,42 €	49.337,02 €
	RLV-Fälle	1.749		RLV-Fälle	1.749	
	Scheinwert aktuell	75,28 €		Scheinwert erhöht	82,23 €	
		abzgl. PK		abzgl. PK		31.187,02 €

- für die alleinige Betrachtung des angestellten Arztes aufgrund des Praxisscheinwerts oder des Scheinwerts der Fachgruppe

BETRACHTUNG NUR ANGESTELLTER ARZT					
Patienten und Scheinwert entsprechend der Fachgruppe bei halbem Tätigkeitsumfang			Patienten und Scheinwert variabel einsetzbar		
Gesamthonorar	34.734,38 €		Gesamthonorar	16.250,00 €	
Ø RLV-Fälle	482,36	aus 4/18	RLV-Fälle	250	
Ø Scheinwert FG	72,01 €	aus 4/18	Scheinwert FG	65,00 €	
Honorar abzgl. PK		16.584,38 €	Honorar abzgl. PK		-1.900,00 €

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Sprechen Sie uns bitte jederzeit an!



WIR SIND GERNE FÜR SIE DA!

WIR SIND DIE EXPERTEN FÜR IHRE KV-ABRECHNUNG



WIR ANALYSIEREN IHRE KV-ABRECHNUNG

Software-basiert

BEREITS IM LAUFENDEN QUARTAL

19 Jahre Erfahrung, 17 KVn, mehr als 12.000 Kunden nahezu aller Fachgruppen

SPRECHEN SIE UNS AN!

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