

AAC *Magazin*

NEUES ZU KV-ABRECHNUNG UND HONORAR AUF EINEN BLICK



AUSGABE NR. 12 – Q1 2022

NR. 12 – Q1 2022

INHALT

Leistungen der AAC: AAC-PRAXISNAVIGATOR®	4
Bundesweite Regelungen zum 01.01.2022	6
KV-spezifische Regelungen zum 01.01.2022	18
Kooperationspartner: Die PVS Südwest	26
Abrechnungstipp: GOÄ-Abrechnung – gut begründet zum höheren Steigerungsfaktor	28

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

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

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

BILDNACHWEISE

Seite 1 © ipopba - stock.adobe.com
Seite 6 © AA+W - stock.adobe.com
Seite 12 © Gregory - stock.adobe.com
Seite 17 © AndSus - stock.adobe.com
Seite 22 © Pixel-Shot - stock.adobe.com
Seite 30 © ipopba - stock.adobe.com

DRUCK
MG-Print
32051 Herford

LAYOUT
Olaf Brandmeyer
32257 Bünde

KUNDENMAGAZIN DER AAC PRAXISBERATUNG AG

WILLKOMMEN

Sehr geehrte Frau Doktor,
sehr geehrter Herr Doktor,

wenn dieses Magazin erscheint, sind wir wahrscheinlich mitten in der fünften Corona-Welle. Millionen Menschen haben bis dahin ihre Booster-Impfung erhalten – ein beeindruckender und koordinierter Kraftakt der von der Politik nicht immer pfleglich behandelten Niedergelassenen.

Trotz des Fokus auf die Corona-Impfungen, die die meisten Praxen zusätzlich zu ihren normalen Sprechzeiten in gesonderten Impf-Sprechstunden anbieten, muss die Versorgung insbesondere der chronisch kranken Patienten sichergestellt werden. Denn trotz Corona, Inflation und deutlich gestiegenen Praxiskosten muss am Ende des Tages auch das betriebswirtschaftliche Ergebnis stimmen.

Deshalb ist eine vollständige, optimal ausgesteuerte Abrechnung nach wie vor die Grundlage für die Sicherung der Erlössituation. Wir möchten Ihnen insbesondere die Möglichkeiten der erweiterten Telefonsprechstunde und die Abrechnungs-Möglichkeiten des TSVG ans Herz legen.

In dieser Ausgabe wollen wir Ihnen unser neuestes Produkt aus unserem Beratungs-Werkzeugkasten vorstellen, den AAC-PRAXISNAVIGATOR®. Hier können Sie unsere intuitiv zu bedienende, optisch und funktional komplett überarbeitete Analyse-Software selbst nutzen – Abrechnungsfreiheit pur. Mehr dazu auf Seite 4.

Zum Schluss möchten wir Ihnen noch unseren Kooperationspartner für die Privatabrechnung vorstellen – die PVS Südwest GmbH. Das Unternehmen steht für die kompetente, korrekte und zuverlässige Realisierung und Sicherung Ihrer privatärztlichen Honorarforderungen und bildet daher eine ideale Ergänzung zu unserer Beratungskompetenz in der GKV-Abrechnung. Wir werden ab sofort auch in jeder Ausgabe Abrechnungstipps der PVS-Südwest zur GOÄ-Abrechnung veröffentlichen.

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 gesund!

Dr. Georg Lübben

Dr. Tino Lippmann

Markus Kottmann

Holger Söffge

LEISTUNGEN DER AAC DER AAC-PRAXISNAVIGATOR®



Im März freuen wir uns, Ihnen das neueste Produkt aus unserem Beratungs-Werkzeugkasten zur Verfügung stellen zu können, den AAC-PRAXISNAVIGATOR®.

Aktuell erhalten die meisten unserer Kunden ihre Abrechnungsanalyse zusammen mit einer schriftlichen oder persönlichen Beratung ein- bis zweimal im Quartal. Wir haben von Ihnen aber immer wieder gehört, dass eine flexiblere Steuerung der Abrechnung wünschenswert wäre. Weiterhin haben viele von Ihnen die Schwerpunkte unserer Abrechnungsberatung so verinnerlicht, dass sie mit den verschiedenen Auswertungen und Listen souverän und kompetent umgehen können. Sie haben damit schon den „kleinen AAC-Abrechnungsführerschein“ gemacht, so dass Sie jetzt eigentlich mit Unterstützung durch die Software selbst fahren könnten.

Jetzt ist es so weit, nehmen Sie die Hände ans Steuer. Der AAC-PRAXISNAVIGATOR® bietet Ihnen folgende Pluspunkte:

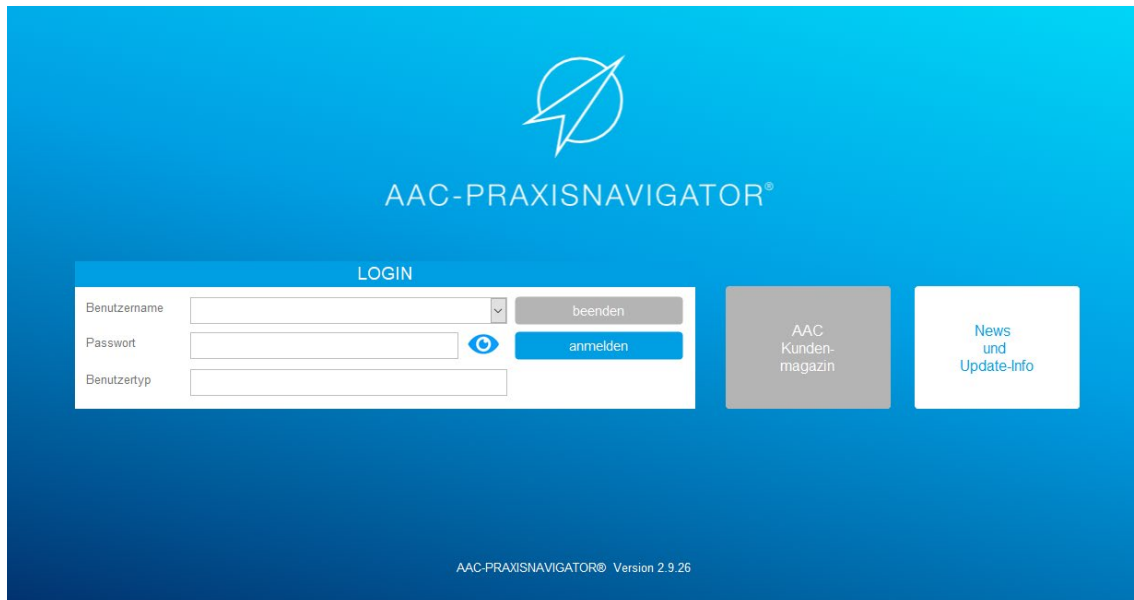
- ★ intuitive Bedienung
- ★ optisch und funktional komplett überarbeitete Benutzeroberfläche
- ★ individuell konfigurierbares Analyse-Menü
- ★ keine Installation von Software auf Ihrem Praxiscomputer
- ★ Nutzung eines Privaten Virtuellen Netzwerks (VPN) in einem dreifach gesicherten, zertifizierten Rechenzentrum in Deutschland
- ★ DSGVO-konforme Datenverarbeitung

Mit dem AAC-PRAXISNAVIGATOR® können Sie flexibel und autark Ihre Abrechnung selbst steuern, Analysen erstellen so oft und so detailliert Sie wollen. Wichtig ist aber – Ihr Berater ist auch bei der Nutzung des Praxisnavigators jederzeit bei Bedarf mit Rat und Tat zur Stelle.

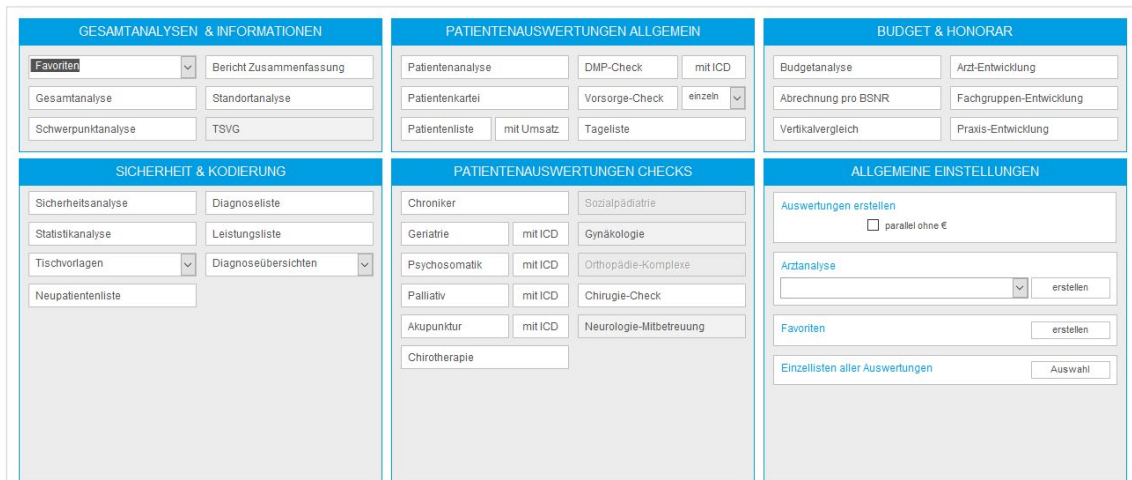
ABRECHNUNGSFREIHEIT PUR

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

LEISTUNGEN DER AAC – AAC-PRAXISNAVIGATOR®



Der neue Anmeldebildschirm



Erstellung von Auswertungen

WAS GIBT'S NEUES?

BUNDESWEITE REGELUNGEN ZUM 01.01.2022

1

Corona-Sonderregelungen behalten teilweise 2022 ihre Gültigkeit

Am 25. November 2021 endete die epidemische Lage nationaler Tragweite. Um die Praxen in Pandemiezeiten weiterhin zu entlasten und die Zahl der nicht notwendigen Praxisbesuche zu reduzieren, wurden bekannte Sonderregelungen verlängert. Unter anderem sind die Regelungen zur telefonischen Konsultation, zur Chronikerpauschale sowie verschiedenen Verordnungen nach telefonischer Beratung weiterhin gültig.

Hingegen sind die **DMP-Sonderregelungen** zum Jahresende **ausgelaufen**. Ab Januar 2022 gilt die alte DMP-Regelung, fehlen zwei Dokumentationen hintereinander, wird der Patient aus dem DMP ausgeschrieben. Des Weiteren sind Patienten nun wieder verpflichtet, an den empfohlenen Schulungen teilzunehmen.

Für Praxen endete mit dem Jahreswechsel ebenfalls der gesetzlich vorgeschriebene Rettungsschirm, dieser sollte Praxen auffangen, sofern aufgrund der Coronavirus-Pandemie Umsatzeinbußen entstanden. Bereits 2021 wurden die Ausgleichszahlungen im Vergleich zur großzügigeren Regelung des Jahres 2020 nicht mehr für die extrabudgetären Leistungen gewährt. Inwiefern es hier Anschlussregelungen für 2022 geben wird, bleibt abzuwarten. In allen KVn gibt es aber unverändert die Möglichkeit von Anträgen auf Auffangregelungen aufgrund besonderer individueller Situationen.



BUNDESWEITE REGELUNGEN ZUM 01.01.2022

Befristung bis zum 31.03.2022*	
Folgeverordnungen per Telefon	nach telefonischer Anamnese, zusätzlich postalischer Versand an den Patienten, gilt für häusliche Krankenpflege, Heil- und Hilfsmittel, Krankentransporte sowie Überweisungen, Arzneimittelverordnungen
Vorlagefrist bei der Krankenkasse	10 Arbeitstage Zeit Verordnungen zur Genehmigung bei der Krankenkasse vorzulegen, gilt für Häusliche Krankenpflege, Soziotherapie, SAPV
Verordnung häuslicher Krankenpflege	können bis zu 14 Kalendertage rückwirkend ausgestellt werden
Gültigkeit von Heilmittel-Verordnungen	Gültigkeit bleibt erhalten, auch wenn eine Behandlung für 14 Tage unterbrochen wird
telefonische AU-Bescheinigungen	bis zu 7 Kalendertage, für bekannte und unbekannte Patienten, bei leichter Erkrankung der oberen Atemwege
Krankentransporte für COVID-Patienten	genehmigungsfrei, aber auf Muster 4 kennzeichnen, Transport muss nicht aufschiebbar und zwingend medizinisch notwendig sein
Telefonkonsultationen	Zuschläge für telefonische Beratungen nach 01433/01434 zur 01435 und/oder Versicherten-/Grundpauschale weiterhin möglich
Videosprechstunde	weiterhin ohne Mengenbegrenzung

Befristung bis zum 31.05.2022*	
Austauschmöglichkeiten bei Arzneimitteln	Apotheken haben die Möglichkeit zum Austausch von Arzneimitteln, auch wenn aut-idem gesetzt ist
Entlass-Management	Verordnungen aus dem Krankenhaus bis zu 14 Tage gültig
BtM-Rezeptformulare	sind in Ausnahmen übertragbar und von anderen Ärzten anwendbar
Substitutionstherapie	Verordnungen für bis zu 7 Tage möglich, Folgerezepte auch ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt

Befristung bis zum 30.06.2022*	
U-Untersuchungen	U6 bis U9 dürfen durchgeführt und abgerechnet werden, auch wenn vorgegebene Untersuchungszeiträume und Toleranzzeiten überschritten sind

* vorbehaltlich Fristverlängerungen aufgrund der weiteren Entwicklung des Infektionsgeschehens

2 Erhöhung der Vergütung ärztlicher Leistungen

Der Orientierungspunktwert (OPW) wurde zum 1. Januar 2022 um 1,275 Prozent – auf 11,2662 Cent angehoben. Damit steigt die Gesamtvergütung aufgrund der Anhebung um ca. 540 Mio. Euro.

3 Neue Ziffer bei der Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA)

Praxen können ab dem 1. Januar 2022 die neue Ziffer 01648 abrechnen, sofern die ePA erstmalig befüllt wurde. Die Leistung ist vorerst bis Jahresende 2022 befristet. Die neue Ziffer 01648 ersetzt die bestehende Pseudo-Ziffer 88270.

Die Leistung kann abgerechnet werden, wenn Praxen erstmalig auf Wunsch des Patienten Daten in der ePA speichern.

Ziffer	Leistung	Wert
01648	Erstbefüllung der ePA	10,03 €

Für die Praxis

Die Ziffer 01648 ist im Behandlungsfall nicht neben der GOP 01647 (Zusatzpauschale ePA-Unterstützungsleistung) berechenbar. Sie wird extrabudgetär vergütet.

4 eAU und eRezept erst später in 2022

Die bundesweite verpflichtende Einführung des elektronischen Rezepts zum 01.01.2022 ist kurz vor Weihnachten noch einmal auf unbestimmte Zeit verschoben worden. Hintergrund ist, dass die erforderlichen technischen Systeme noch nicht flächendeckend zur Verfügung stehen und funktionsfähig sind. Dies betrifft neben den Arztpraxen insbesondere auch die Apotheken. Von daher wurde die bundesweite Testphase erst noch einmal verlängert.

Dies bedeutet, dass Sie weiterhin das Muster 16 verwenden können.

Hingegen ist die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, kurz eAU, seit Januar 2022 am Start. Das bedeutet, dass die Praxis die eAU ab dem 1. Januar 2022 elektronisch an die zuständige Krankenkasse des Patienten übermitteln muss. Aber auch hier gibt es eine Übergangsphase bis 30.06.2022, in welcher noch die Papier-AU ausgestellt werden darf, sofern noch nicht alle technischen Voraussetzungen in der Praxis erfüllt sind.

Tipp

Wenn Sie in der Praxis alle technischen und sonstigen Voraussetzungen zum eRezept bereits erfüllen, können Sie an der bundesweiten Testphase teilnehmen. Dazu finden Sie weitere Informationen auf der Internetseite der gematik: www.gematik.de/anwendungen/e-rezept/testphase/

5 eMutterpass und Kinderuntersuchungsheft ab Januar 2022 digital

Ab dem 1. Januar 2022 müssen sich Patienten mit einer elektronischen Patientenakte entscheiden, ob der Mutterpass und das Kinderuntersuchungsheft nun neu digital oder in Papierform verwendet wird. Um Fehler zu vermeiden und den Dokumentationsaufwand in den Praxen gering zu halten, sollten beide Varianten nicht gemischt werden. Zwar wäre ein Wechsel bei laufender Dokumentation möglich, dieser sollte aber im Hinblick auf eine damit einhergehende Unvollständigkeit vermieden werden. Ein Umstieg kann dann mit einer neu beginnenden Schwangerschaft (Mutterpass) oder einem neu geborenen Kind ab der U1 (Gelbes Heft) erfolgen.

6 Krankschreibung per Videosprechstunde für alle Personen

Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung per Videosprechstunde kann nun allen Patienten ausgestellt werden. Bisher war dies nur bei Patienten möglich, die in der Praxis bekannt sind. Wichtig zu beachten ist jedoch, dass für unbekannte Patienten eine Krankschreibung per Videosprechstunde nur für maximal 3 Kalendertage erfolgen kann. Hingegen bleibt es bei bereits bekannten Patienten bei maximal 7 Kalendertagen. Sollte bei unbekanntem Patienten danach eine Folgebescheinigung der Arbeitsunfähigkeit nötig sein, kann diese nur über einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt erfolgen.

7 Ab März 2022 Beratung zur Organ- und Gewebespende 01480

Haus- und Kinderärzte können ab dem 1. März 2022 die Beratung zu Organ- und Gewebespenden anbieten und abrechnen. Die Abrechnung erfolgt über die neue Ziffer 01480. Die neue Beratungsleistung kann alle zwei Kalenderjahre bei Patienten erbracht und abgerechnet werden, allerdings erst ab einem Alter von 14 Jahren. Die Leistung wird extrabudgetär vergütet und fällt mit fünf Minuten in die Tages- und Quartalszeit.

Ziffer	Leistung	Wert
01480	Beratung über Organ- und Gewebespenden	7,33 €

Gut zu wissen

Weisen Sie im Gespräch ausdrücklich darauf hin, dass keine verpflichtende Erklärung zur Organ- und Gewebespende vom Patienten abzugeben ist. Die Beratung ist ergebnisoffen zu gestalten. Informieren Sie im Gespräch über die Bedeutung einer abgegebenen Organspende-Erklärung.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung stellt im Februar Materialien für alle Hausärzte zur Verfügung. Diese enthalten neben den Organspendeausweisen auch ein Beratungsmanual sowie verschiedene Informationsmaterialien für die Patienten.

www.bzga.de/infomaterialien/organspende/informationsmaterialien/

Anders als bei der Beratung zur Vorsorgekoloskopie gibt es jedoch für die Beratung über Organ- und Gewebespenden kein Merkblatt vom Gemeinsamen Bundesausschuss, welches dem Patienten ausgehändigt werden muss.

8 Videofallkonferenz mit Pflegekräften bis Ende September 2022 weiter extrabudgetär

Die Videofallkonferenz zwischen der Pflegekraft und einem Arzt wird weiterhin extrabudgetär vergütet, vorerst bis zum 30. September 2022. Der Arzt soll mit dieser Leistung die diagnostischen, therapeutischen, rehabilitativen und/oder pflegerischen Maßnahmen des Patienten über die Pflegefachkraft koordinieren.

Die 01442 ist höchstens dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig, vorausgesetzt, in den letzten drei Quartalen, inklusive des aktuellen Quartals, fand ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt statt.

Ziffer	Leistung	Wert
01442	Videofallkonferenz mit der an der Versorgung des Patienten beteiligten Pflegefachkraft und dem behandelnden Facharzt	9,69 €

9 Hygienepauschale - Finanzierung Hygieneaufwand für alle Praxen

Zum 1. Januar 2022 erhalten alle Haus- und Fachärzte bei direktem Patientenkontakt einen Hygienezuschlag. Pro Praxis ergibt sich demnach ein Zuschlag von ca. 22,5 Cent auf die jeweilige Grund-, Versicherten- oder Konsiliarpauschale. Ausnahme sind die Fälle, in denen nur Videokontakte im Quartal stattfinden. Der Zuschlag wird von den KVn automatisch hinzugesetzt.

Gut zu wissen

Der neue Hygienezuschlag ist für alle Fachgruppen einheitlich. Mit dem neuen Zuschlag soll der allgemein gestiegene Hygieneaufwand in den Praxen berücksichtigt werden. Dabei sind Kosten für die Verwendung sogenannter Safety-Produkte sowie für die Hygieneberatung und Fortbildung mitbegriffen.

10 Neue OPS-Version zum 01. Januar 2022 im EBM

Jährlich wird der Operationen- und Prozeduren-Schlüssel (OPS) aktualisiert. Im Anhang 2 des EBM ist die neue OPS-Version zum 1. Januar 2022 veröffentlicht. In diesem Zuge wurden neue OPS-Kodes aufgenommen sowie bestimmte Kodes gestrichen. Neu ist zudem, dass die Aktualisierung nun immer zum Jahreswechsel stattfinden wird.



11 Kryokonservierung: Empfehlung für die Behandlung minderjähriger Mädchen

Im Hinblick auf die Kostenübernahme der im Juli 2021 eingeführten Kryokonservierung von Ei- und Samenzellen gab es Unsicherheiten zur Frage der Stimulationsbehandlung bei minderjährigen Mädchen.

Im Oktober hat das Bundesministerium für Gesundheit mitgeteilt, dass die ärztlichen Leistungen der Kryokonservierung auch dann über den EBM abgerechnet werden können, wenn die Erstattungsfähigkeit des Arzneimittels im Off-Label-Use fehlt. Hintergrund ist, dass diese Arzneimittel nur für Patientinnen ab dem 18. Lebensjahr zugelassen sind. Um eine Regressforderung zu vermeiden, sollte auch hier eine Kostenübernahme von der Krankenkasse eingeholt werden.

Hintergrund:

Krebserkrankten Frauen und Männern soll auch bei einer keim-schädigenden Therapie ein möglicher Kinderwunsch erfüllt werden. So kann Frauen bis 40 Jahren und Männer bis 50 Jahren, durch das Einfrieren von Ei- bzw. Samenzellen, eine künftige Befruchtung ermöglicht werden.

12 Anästhesien oder Kurznarkosen bei Kryokonservierung abrechenbar

Rückwirkend zum 1. Juli 2021 können Praxen auch die Anästhesie und/oder Narkose bei einer Kryokonservierung anbieten und abrechnen. Mit der Ziffer 05330 wird die Anästhesie und/oder Narkose als Begleitleistung angesetzt. Die Vergütung erfolgt zunächst extrabudgetär.

Für die Praxis

Die Begleitleistung bei einer Kryokonservierung ist in der Abrechnung mit dem Suffix K zu kennzeichnen.

Ziffer	Leistung	Wert
05330K	Anästhesie und/oder Narkose, bis zu einer Schnitt-Naht-Zeit bzw. Eingriffszeit von 15 Min.	112,32 €

13 Neugeborenen-Hörscreening auch nach U3 durchführbar

Das Hörscreening mittels automatisierter Hirnstammaudiometrie (AABR) über die Ziffer 01706 können Praxen ab dem 1. Januar 2022 auch noch nach der Früherkennungsuntersuchung U3 durchführen und abrechnen – sofern die Erstuntersuchung auffällig war. Dafür wurde der obligate Leistungsinhalt angepasst. Die zeitliche Beschränkung wurde in diesem Fall aufgehoben.

Folgende Fachgruppen können das Neugeborenen-Hörscreening durchführen:

- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin,
- Fachärzte für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde und
- Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen

Ziffer	Leistung	Wert
01706	Kontroll-AABR nach auffälliger Erstuntersuchung nach der Leistung 01705	28,05 €

Für die Praxis

Vergewissern Sie sich, ob das Neugeborenen-Hörscreening dokumentiert wurde. Der Nachweis der Durchführung ist im Untersuchungsheft vorzunehmen.

14 Substitutionsgestützte Behandlung mit einem Depotpräparat nun dauerhaft im EBM

Die Behandlung Opioidabhängiger mit einem Depotpräparat über die Ziffer 01953 wurde zum 1. Oktober 2021 dauerhaft in den EBM aufgenommen. Über die 01953 können Praxen wöchentlich die subkutane Applikation eines Depotpräparats sowie deren Nachsorge abrechnen. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär.

Ziffer	Leistung	Wert
01953	Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger mit einem Depotpräparat	14,65 €

Für die Praxis

Die Leistung 01953 ist von der KV zu genehmigen.

15 Abrechnung Telemonitoring bei Herzinsuffizienz

Aufgrund einer Ergänzung der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ im März 2021 hat nun der Bewertungsausschuss zum 1. Januar 2022 das Telemonitoring bei Herzinsuffizienz neu in den EBM aufgenommen. Dafür gibt es zwölf neue Gebührenordnungspositionen, eine Kostenpauschale sowie elf Leistungspositionen – aufgeteilt je nach Fachbereich.

Hausärzte (HÄ), Kinderärzte (KÄ) sowie Kardiologen (Kardio), die das Telemonitoring als primär behandelnder Arzt betreuen, erhalten je zwei neue Abrechnungsziffern.

Ziffer	Leistung	Wert
03325 (HÄ) 04325 (KÄ) 13578 (Kardio)	Indikationsstellung <ul style="list-style-type: none"> • je fünf Minuten • dreimal im Krankheitsfall 	28,05 €
03326 (HÄ) 04326 (KÄ) 13579 (Kardio)	Zusatzpauschale für die Betreuung und die Kommunikation mit dem Telemedizinischen Zentrum (TMZ)	14,24 €

Die Leistungen des Telemedizinischen Zentrums werden über die Ziffern 13583 bis 13587 und der Kostenpauschale 40910 abgebildet. Sie bilden die Anleitung und Aufklärung zum Telemonitoring ab sowie das Telemonitoring mittels verschiedener Geräte und in verschiedenen Intensitäten. Die Kostenpauschale beinhaltet die erforderliche Geräteausstattung des Patienten.

16 Präexpositionsprophylaxe PrEP wird bis Ende 2022 extrabudgetär vergütet

Die Leistungen zur Präexpositionsprophylaxe (PrEP) mit den Ziffern 01920 bis 01922 werden auch im Jahr 2022 extrabudgetär vergütet. Die Präexpositionsprophylaxe dient zur Vorsorge vor einem möglichen HIV-Kontakt.

17 Ambulante Kodierunterstützung

Praxen erhalten ab 2022 einen in die Praxissoftware integrierten digitalen Helfer für das Verschlüsseln von Diagnosen. Je nach Praxissoftwarehersteller sind diese bereits in den Updates für das 1. Quartal enthalten. Bis 30.06.2022 müssen alle Hersteller diese Kodierunterstützung anbieten.

Dabei werden bekannte Funktionen mit neuen kombiniert, so dass Sie jederzeit entscheiden können, ob die entsprechenden Kodierungen beibehalten oder geändert werden sollen:

- Die bekannte Kode-Suche anhand von Stichworten oder Codes bleibt erhalten. In fachübergreifenden Praxen kann zusätzlich auch eine Arztgruppe voreingestellt werden, so dass nur spezifische Codes angezeigt werden.
- Sie erhalten weiterhin Benutzungshinweise. Wird beispielsweise ein Code für eine meldepflichtige Erkrankung ausgewählt oder eingetragen, wird Ihnen dies als Hinweis angezeigt.
- Ein Kodier-Check für die Bereiche Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes mellitus und Bluthochdruckfolgen zeigt Ihnen auf, ob alle Kodierregeln der ICD eingehalten wurden. Wann dieser Kodier-Check erfolgen soll, können Sie in Ihrer Praxissoftware selbst festlegen.
- Die neue Verschlüsselungsanleitung gibt Ihnen Informationen, wenn zu spezifisch ausgewählten oder eingegebenen Codes weitere Kodierungen notwendig sind oder Codes nur in ganz konkreten Ausnahmefällen verwendet werden sollten.
- Im Bereich der Dauerdiagnosen erhalten Sie zukünftig, wenn gewünscht, weitere Unterstützung z. B. bei der Übernahme von anamnestischen Diagnosen in die Abrechnung oder auch ob ein ausgewählter Code bei Herzinfarkt oder Schlaganfall als Dauerdiagnose geeignet ist. Ebenso können Sie quartalsübergreifend prüfen lassen, ob dauerhaft Akutdiagnosen vorhanden sind, die ggf. alternativ verschlüsselt werden können.

Weitere Informationen finden Sie auch unter: www.kbv.de/html/52722.php



WAS GIBT'S NEUES?

KV-SPEZIFISCHE REGELUNGEN ZUM 01.01.2022

BADEN-WÜRTTEMBERG

Selektivvertrag OrthoHero

Orthopäden und Unfallchirurgen in Baden-Württemberg können an dem Vertrag OrthoHero BKK teilnehmen. Das neue Versorgungsangebot richtet sich an Versicherte bei Knie- und Rückenbeschwerden fast aller BKKn. Es wird eine individualisierte und digital gestützte Trainingstherapie mittels App angeboten. Der Selektivvertrag verfolgt das Ziel, mit Hilfe von Bewegungsübungen, die Eigenverantwortung und das Selbstmanagement der Patienten zu stärken.

Folgende Ärzte können teilnehmen:

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

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

Selektivvertrag Hautkrebsscreening Daimler BKK

Die Daimler BKK hat zum 1. Oktober 2021 den Hautkrebsscreening-Vertrag mit der BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft beendet. Die Daimler BKK hat einen eigenen Selektivvertrag zum Hautkrebsscreening mit der KV abgeschlossen. Um den neuen Vertrag fortzuführen, müssen Praxen und Patienten die neue Teilnahmeerklärung für den Hautkrebsscreening-Vertrag der Daimler BKK unterzeichnen.

Quelle: www.kvbawue.de/kvbw/suche/?id=15&L=0&q=daimler+bkk



Neuer Honorarverteilungsmaßstab ab 2022

Die KV Berlin hat sich aus verschiedenen Gründen dazu entschieden, die Honorarverteilung und damit auch die Budgetberechnung für die Ärzte neu aufzusetzen. Dies führt dazu, dass im Jahr 2022 ein Übergangs-HVM gilt, der ab 2023 in einen neuen HVM mündet.

Als Grundlage für die Budgetzuweisungen im Jahr 2022 wird die RLV-/QZV-Zuweisung aus dem Quartal 4/2021 herangezogen. Fallzahlen und Fallwerte spielen dabei keine Rolle. Diese Gesamtsumme wird wie bisher aufgegliedert in ein Basis-Euro-Volumen (ehemals RLV) und ein oder mehrere Zusatz-Euro-Volumen (ehemals QZV) und steht für jedes einzelne Quartal im Jahr 2022 als Praxis-Euro-Volumen (ehemals Budget) zur Verfügung. Das Basis-Euro-Volumen wird, wie bisher auch das RLV, um den Zuschlag aufgrund des Kooperationsgrades erhöht und zusätzlich mit einem Anpassungsfaktor versehen.

Der einzige gravierende Unterschied für 2022 ist, dass das Budget nicht anhand des Vorjahresquartals berechnet wird, sondern für alle Quartale 2022 anhand des Quartals 4/2021.

Quelle: www.kvberlin.de/fuer-praxen/aktuelles/themen/thema/hvm_2022

Widerspruchsfrist für PEV Bescheid wieder gültig

In dem Falle eines Widerspruchs gegen den Zuweisungsbescheid für das Praxis-Euro-Volumen (PEV) ist dieser wieder innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe schriftlich einzulegen. Bisher galt eine Widerspruchsfrist bis zur Bestandskraft des Honorarfestsetzungsbescheides des jeweiligen Quartals.

Quelle: www.kvberlin.de/fuer-praxen/aktuelles/themen/thema/hvm_2022

Neue Leistungen und höhere Vergütung beim DMP Diabetes mellitus Typ 1 und 2

Ab dem 1. Januar 2022 wird das DMP Diabetes teilweise höher vergütet. Beim DMP Diabetes mellitus Typ 1 handelt es sich um die Betreuungspauschalen, die nun höher vergütet werden. Hingegen werden beim DMP Diabetes mellitus Typ 2 sowohl die Betreuungs- als auch die Schulungspauschalen sowie die Prozessmanagementpauschalen höher vergütet. Zudem ist die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms als neue Leistung hinzugekommen, die nun besser honoriert werden. Um die Leistung abrechnen zu können, muss die Praxis als ambulantes Fußbehandlungszentrum der DDG zertifiziert sein.

Quellen: www.kvberlin.de/fuer-praxen/alles-fuer-den-praxisalltag/vertrage-und-recht/vertraege/dmp-diabetes-mellitus-typ-1
www.kvberlin.de/fuer-praxen/alles-fuer-den-praxisalltag/vertrage-und-recht/vertraege/dmp-diabetes-mellitus-typ-2

HB BREMEN

Job-Sharing-Praxen erhalten BAG-Zuschlag im RLV

Seit Oktober 2021 erhalten alle Job-Sharing-Praxen einen BAG-Zuschlag auf das RLV.

Quelle: Landesrundschriften Oktober 2021

DMP Diabetes mellitus wird höher vergütet

Der DMP-Vertrag für Diabetes mellitus wurde neu vereinbart. Daraus ergeben sich folgende Änderungen:

- neue Schulungsprogramme für DMP Diab. mell. Typ 1 ▶ Linda und PRIMAS
- neue Schulungsprogramme für DMP Diab. mell. Typ 2 ▶ Medias 2 BOT + SIT + CT
- höhere Schulungspauschalen
- Qualitätszuschlag ▶ bei bestimmten Schulungsprogrammen, wenn die Schulung vollständig abgeschlossen wurde

Quelle: www.kvhb.de/praxen/nachrichten/detail/anpassung-der-dmp-verguetungsvereinbarung-fuer-diabetes-mellitus-zum-01102021

HH HAMBURG

Vertrag zur ambulanten Versorgung Kardioversion

AOK-Versicherte mit tachykarden Herzrhythmusstörungen können durch eine elektrische Kardioversion auch ambulant versorgt werden. Der neue Selektivvertrag gilt bereits für BKK- und BARMER-Versicherte. Bereits seit dem vierten Quartal 2021 können zudem auch AOK-Versicherte die Leistung ambulant erhalten. Die ambulante Kardioversion kann nur nach vorheriger Genehmigung durch die KV erfolgen.

Quelle: www.kvhh.net/de/praxis/recht-vertraege/vertraege-der-kvh/kardioversion-1.html

HE HESSEN

Sachmittelpauschalen bei Katarakt-Operationen

Auch für 2022 gelten die Sachmittelpauschalen bei Kataraktoperationen. Abgerechnet werden diese über die Ziffern 90401A, 90402A oder 90403A und werden jeweils mit 220,00 Euro vergütet. Die Krankenkassen AOK, BKK, IKK und SVLFG nehmen an dieser Vereinbarung teil.

Quelle: www.kvhessen.de/publikationen/katerakt-ops/

Neue DMP-Vergütung für AOK-Versicherte

Die AOK Hessen und die KV Hessen haben die DMP Verträge angepasst. Dabei sind neue Vergütungen für die Betreuungspauschalen bei Mehrfacheinschreibung vereinbart worden. Seit dem vierten Quartal 2021 wird die Betreuungspauschale mit 10,00 Euro anstatt zuvor 5,00 Euro vergütet. Ist ein Patient in zwei oder drei DMP eingeschrieben, wird die Betreuungspauschale mit 7,50 Euro vergütet.

Ein Patient kann in maximal drei DMP-Verträge aufgenommen werden. Die oben genannte Vergütung gilt ausschließlich für AOK-Versicherte.

Quelle: www.kvhessen.de/publikationen/dmp/



ND

NIEDERSACHSEN

Erweitertes Präventionsangebot U10 und U11

Das erweiterte Präventionsangebot für Kinder der Krankenkassen Debeka BKK, BKK HMR sowie der VIACTIV Krankenkasse ist zum Ende des Jahres 2021 gekündigt.

Hautkrebsvorsorge BKK HMR und SIEMAG BKK

Die Hautkrebsvorsorge der Krankenkassen BKK HMR und SIEMAG BKK ist zum Ende des Jahres 2021 gekündigt.

ADHS BKK-Basisvertrag

Der Vertrag BKK-Basisvertrag ADHS der Krankenkassen BKK Herkules, BKK HMR und SIEMAG BKK ist zum Ende des Jahres 2021 gekündigt.

Versorgungsprogramm BKK Rheuma

Das Versorgungsprogramm Rheuma der BKKn Debeka BKK, BKK HMR und SIEMAG BKK ist zum Ende des Jahres 2021 gekündigt.

Versorgungsprogramm BKK Osteoporose

Das Versorgungsprogramm Osteoporose der BKKn Debeka BKK und SIEMAG BKK ist zum Ende des Jahres 2021 gekündigt.

Quellen für alle Themen: KVN-Rundschreiben November 2021

NR

NORDRHEIN

Kardioversion – neuer Vertrag

Seit dem 1. Oktober 2021 können Patienten mit tachykarden Herzrhythmusstörungen ambulant mit elektrischer Kardioversion versorgt werden. Der Vertrag gilt für BKK- sowie BIG direkt – Versicherte. Die Kardioversion kann ambulant bei Patienten erbracht werden, bei denen wegen einer tachykarden Herzrhythmusstörung eine Indikation zur rhythmuserhaltenden Therapie besteht.

Quelle: www.kvno.de/meta-navigation/suche/news/nachricht/neuer-vertrag-kardioversion

Angepasste Berechnungssystematik bei Job-Sharing in MVZ und BAG

Ab dem 1. Januar 2022 ändert sich die Berechnungssystematik hinsichtlich der Leistungsobergrenze bei Job-Sharing-Praxen in MVZ und BAGs. Die neue Regelung betrifft ausschließlich neue Job-Sharing-Praxen, die ab dem 1. Januar 2022 starten. Bereits bestehende Job-Sharing-Praxen unterliegen dem Bestandsschutz.

Bislang bezog sich die Berechnungssystematik auf das jeweilige Job-Sharing-Paar. Ab Januar wird die gesamte Praxis (MVZ/BAG) hinzugezogen, um den Leistungsumfang zu berechnen. Dies gilt sowohl für fachgleiche als auch für fachübergreifende Praxen. Grund für die Anpassung ist ein Urteil des Bundessozialgerichts.

Quelle: www.kvs-sachsen.de/aktuell/aktuelle-nachrichten-und-themen/2177-anpassung-der-berechnungssystematik-bei-job-sharing-in-mvz-und-bag/

Neue Honorarverteilungssystematik für Haus- und Kinderärzte ab 2022

Ab 1. Januar 2022 gelten für den Hausärztlichen Versorgungsbereich (Haus- und Kinderärzte) veränderte Honorarverteilungsregelungen. Folgende Eckpunkte sind hier zu nennen:

- Vergütungsquote von 100 % der nicht gesonderten Praxisvolumen unterliegenden Leistungen im hausärztlichen Versorgungsbereich
- Gesonderte Praxisvolumen werden gebildet für:
 - › Psychosomatik (gilt auch weiterhin für Fachärzte)
 - › Entwicklungsneurologische Diagnostik für Kinder (Kinderärzte)
 - › Geriatrie (Hausärzte)
 - › Chronikerpauschalen (Haus- und Kinderärzte)
- Praxisvolumen überschreitende Leistungen werden nicht vergütet
- Förderung einzelner Leistungen durch Zuschläge (alle Ärzte):
 - › Besuch 01410 = 10 €
 - › Mitbesuch 01413 = 5 €
 - › Dringender Besuch 01415 = 15 €
 - › Versichertenpauschalen nach 03001/04001 sowie 03005/04005 = 7 €
- Wegfall der Fallzahlzuwachsbeschränkung (alle Ärzte)
- Verpflichtung zur Uhrzeitangabe bei Abrechnung der dringenden Besuche nach 01411 und 01412 (alle Ärzte)

Quelle: www.kvs-sachsen.de/fileadmin/data/kvs/img/Aktuelles/211221_211214_HVM_ab_1.1.2022_nach_VVM_mit_Info_aktuell.pdf

TH THÜRINGEN

Hinweis der KV – TSVG-Konstellationen unbedingt kennzeichnen

Die KV Thüringen hat in ihrem Rundschreiben noch einmal darauf hingewiesen, dass es zwingend notwendig ist, die jeweiligen TSVG-Konstellationen über das PVS zu kennzeichnen. Die Kennzeichnung erfolgt nicht durch die KV Thüringen, Praxen sind gesetzlich dazu verpflichtet. Insbesondere die Neupatienten und die Patienten in der offenen Sprechstunde sind hier von Bedeutung.

Quelle: www.kv-thueringen.de/fileadmin/media2/Kommunikation/RS/2021/Rundschreiben_10-2021.pdf

Hinweis:

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

SICHERHEIT, FINANZIELLE STABILITÄT UND ZEITERSPARNIS

Die Vorteile der Zusammenarbeit mit der PVS Südwest im Bereich Privatabrechnung

Eine optimale GKV-Abrechnung, aber auch eine optimale Privatabrechnung, beides zusammen, ist die Basis für den wirtschaftlichen Erfolg ärztlichen Handelns. Im GKV-Bereich steht Ihnen bereits die AAC Praxisberatung als kompetenter Berater zur Seite, für den Bereich Privatabrechnung haben wir uns zu einer Kooperation mit der PVS Südwest entschlossen, die wir Ihnen hier vorstellen wollen:

Die PVS Südwest GmbH ist ein ärztlich geleiteter Dienstleister für die kompetente, korrekte und zuverlässige Realisierung und Sicherung von privatärztlichen Honorarforderungen.

Die Kernleistung der PVS Südwest ist die GOÄ-konforme rechtssichere Rechnungsprüfung. Über 80 % der PVS-MitarbeiterInnen arbeiten in der Honorarabrechnung. Sie informieren und beraten die Kunden zur praxisindividuellen, rechtssicheren Anwendung der GOÄ und gewährleisten als persönliche AnsprechpartnerInnen, dass die Rechnungen nicht nur elektronisch, sondern auch einzeln geprüft werden. Die Abrechnungsqualität wird fortwährend intern kontrolliert und aktualisiert.

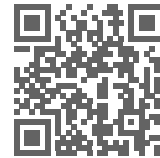
Die finanzielle Stabilität von Arztpraxen und MVZs garantiert die PVS Südwest durch stringente Überwachung von Zahlungseingängen, Berechnung von Honorareteiligungen und unbürokratische Honorarvorauszahlungen. Die hohe Forderungsdurchsetzung (Realisierungsquote von über 99,7 %) wird heute nicht mehr nur durch das effiziente außergerichtliche und gerichtliche Mahnwesen erreicht. Die Rechtsabteilung gewährleistet die fachkompetente und juristisch fundierte Korrespondenz mit Kostenträgern und Patienten.

Durch ihren hohen Marktanteil genießt die PVS Südwest nicht nur bei Ärzten, sondern auch bei Patienten einen hohen Bekanntheitsgrad. Sie steht als neutraler Vermittler zwischen Arzt und Patient bei Rechnungsreklamationen. Gleichzeitig unterstützt die PVS aber auch die Forderungen der Patienten bei Rechnungsbeanstandungen durch Kostenträger. Das verleiht der PVS Südwest auch aus Sicht der Patienten ein hohes Maß an Kompetenz und Akzeptanz.

KOOPERATIONSPARTNER

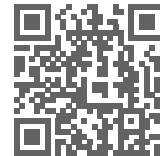
Impfkampagne, Online-Beratung, Zusatzaufwand und damit verbundene Covid-19-Sonderregelungen: Sollte 2022 wieder Veränderungen und besondere Problemstellungen in der Leistungsabrechnung rund um die Pandemie und die Digitalisierung bereithalten, informiert die PVS Südwest ihre Kunden in speziellen Blogbeiträgen. Hier finden Sie auch viele Beiträge zu häufig gestellten Fragen zur GOÄ.

blog.pvs-suedwest.de/blog



Oder haben Sie eine spezielle Abrechnungsfrage? Liegt Ihnen eine Versicherungsmonierung vor? Schildern Sie uns Ihr Anliegen. Unsere GOÄ-ExpertInnen beantworten exklusiv für AAC Kunden kostenlos Ihre Anfrage.

www.pvs-suedwest.de/goae-beratung



PVS Südwest GmbH

Geschäftsstelle Mannheim
C8, 9
68159 Mannheim

Geschäftsstelle Karlsruhe
Rheinstraße 77a
76185 Karlsruhe

Geschäftsstelle Freiburg
Oltmannsstraße 9
79100 Freiburg

info@pvs-suedwest.de

www.pvs-suedwest.de

ABRECHNUNGSTIPP

GOÄ-ABRECHNUNG: GUT BEGRÜNDET ZUM HÖHEREN STEIGERUNGSFAKTOR

Wer immer alles zum Schwellenwert abrechnet, verschenkt Geld! Die PVS Südwest, unser Kooperationspartner in Sachen Privatabrechnung, zeigt, wie Sie im Rahmen der GOÄ-Vorgaben mit den richtigen Steigerungsfaktoren arbeiten können, und liefert Ihnen eine Reihe von Beispielen für geeignete Begründungen.

Die meisten niedergelassenen Ärzte sind bei der Abrechnung im Umgang mit Faktorerhöhungen zurückhaltend, weil sie Rückfragen von Patienten oder Kostenträgern scheuen. Dabei ist die variable Abrechnung in der Gebührenabrechnung ausdrücklich vorgesehen.

Grundlage: Der Schwellenwert

Der Schwellenwert ist der Faktor, bis zu dem keine Begründung für die Berechnung angegeben werden muss. Der Schwellenwert kann auch als Mittelwert bezeichnet werden, d. h. er ist der Wert, der den Durchschnitt einer Leistung abbildet. Daraus ergibt sich, dass überdurchschnittlich schwierige Leistungen über dem Schwellenwert und unterdurchschnittlich aufwändige Leistungen unter dem Schwellenwert abzurechnen sind.

Die Gebührenordnung sieht drei verschiedene Gebührenrahmen mit jeweils unterschiedlichen Schwellenwerten vor:

Gebührenrahmen	Faktor	Schwellenwert
Abschnitt M – Labor	1,0 - 1,3	1,15
Abschnitte A, E und O	1,0 - 2,5	1,8
Alle anderen Abschnitte – ärztliche Leistungen	1,0 - 3,5	2,3

Steigerungsfaktor oberhalb des Schwellenwerts

Eine Berechnung über dem Schwellenwert erfordert eine Begründung. Diese muss sich auf die Schwierigkeit, den Zeitaufwand oder die Umstände bei der Ausführung der einzelnen Leistung beziehen.

Die Bemessung des Steigerungsfaktors ist nach billigem Ermessen zu bestimmen. D. h. der Arzt darf entscheiden – nicht der Patient oder die Versicherung.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Begründung für den erhöhten Steigerungsfaktor verständlich und nachvollziehbar sein muss. Zu vermeiden sind daher allgemeine „Floskeln“ wie „erhöhter Zeitaufwand“ oder „technisch schwierig“. Schon allein dadurch lassen sich die meisten Rückfragen verhindern.

Dennoch ist auf Verlangen die Begründung näher zu erläutern. Dafür ist eine gute und vollständige Leistungsdokumentation unerlässlich, denn die Begründung muss sich dort wiederfinden. Wird z. B. eine Sonographie mit der Begründung „erhöhter Aufwand“ abgerechnet, der Befund jedoch nur mit „Oberbauchsono o. B.“ beschrieben, ist die Abrechnung eines höheren Steigerungsfaktors nicht haltbar, auch wenn tatsächlich eine erschwerte Darstellung und Beurteilung aufgrund von Luftüberlagerung vorlag.

Beispiele für geeignete Begründungen finden Sie direkt im Blogbeitrag.

blog.pvs-suedwest.de/blog/goae-steigerungsfaktor



AAC AG

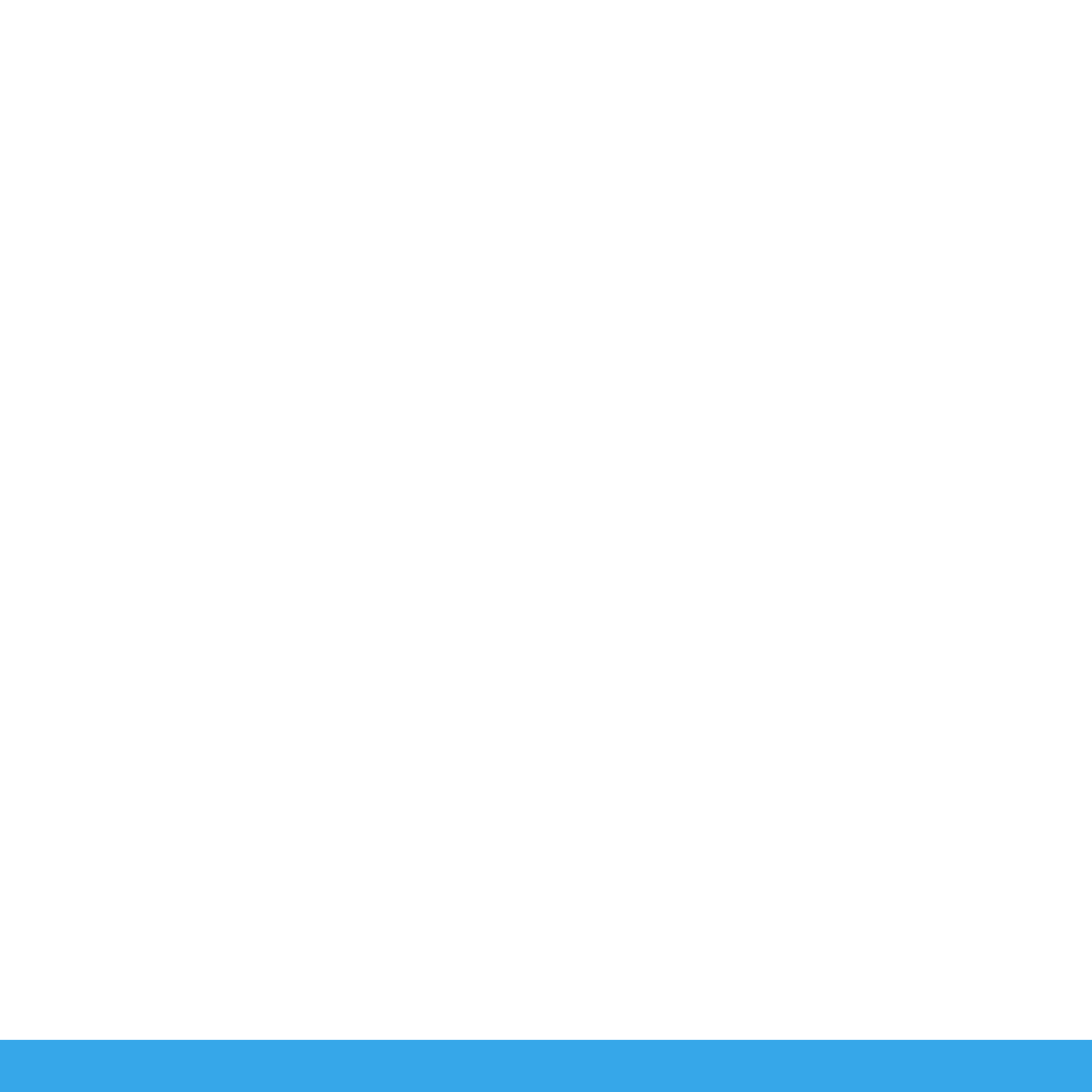
PRAXISBERATUNG



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



AAC-PRAXISNAVIGATOR®



DER WEG ZU IHRER ABRECHNUNGSFREIHEIT:
AB 1. MÄRZ 2022 BEI UNS!

WEITERE INFORMATIONEN AUF SEITE 4