

# AAC *Magazin*

NEUES ZU ABRECHNUNG UND HONORAR AUF EINEN BLICK

IHRE MEINUNG  
INTERESSIERT UNS!  
UMFRAGE AUF SEITE 26

AUSGABE NR. 15 – Q4 2022

NR. 15 – Q4 2022

## INHALT

Praxen betriebswirtschaftlich in schwerer See – was ist jetzt zu tun? . . . . .	4
Bundesweite Regelungen ab 01.10.2022 . . . . .	9
Regionale KV-Regelungen ab 01.10.2022 . . . . .	20
Regionale HzV-Regelungen ab 01.10.2022 . . . . .	22
Abrechnungstipps für die Privatabrechnung . . . . .	24
AAC-Umfrage: Ihre Meinung interessiert uns! . . . . .	26

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](mailto:info@aac-ag.de)

REDAKTIONELLE MITARBEIT  
Jacqueline Rositzka  
Franziska Minda

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

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

BILDNACHWEISE  
Seite 1, 8, 19 © ipopba - stock.adobe.com  
Seite 4 © Philip Steury - stock.adobe.com  
Seite 14 © peterschreiber.media - 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,

eine hohe Inflation, die nach Einschätzung der Bundesbank bis zum Ende des Jahres die 10 % -Marke erreichen könnte, sowie stark steigende Praxiskosten bereiten den Praxisinhabern Sorge. Auf der anderen Seite zeigt sich, dass die Einnahmeseite hier nicht mithalten kann. Die jetzt per Schiedsspruch erreichte Anhebung des Orientierungspunktwerts für 2023 von 2 % ist der berühmte Tropfen auf den heißen Stein.

Die Neupatientenregelung des TSVG wird ab 2023 gestrichen, die offene Sprechstunde einer unbefristeten Bereinigung unterworfen. Erste Rückmeldungen aus den Praxen zeigen zudem, dass die Patienten auch bei der eigenen Gesundheit anfangen zu sparen. Medizinisch sinnvolle Selbstzahlerleistungen werden deutlich weniger nachgefragt. Auch dies dürfte seinen Beitrag leisten, dass der Praxisüberschuss 2022 deutlich geringer ausfällt als in den Vorjahren.

Keine rosigen Aussichten, aber auch kein Grund, den Kopf in den Sand zu stecken. Jetzt kommt es mehr denn je auf eine vollständige Abrechnung an. Denn Sie haben kein Geld zu verschenken!

- Nutzen Sie die Möglichkeiten des TSVG in diesem Quartal bitte vollständig aus und „retten“ Honorar. Denn alle Leistungen bei Neupatienten und in den offenen Sprechstunden werden im vierten Quartal im Arztgruppenfall noch vollständig extrabudgetär honoriert.
- Wir bieten allen hausärztlichen Bestandskunden in Baden-Württemberg, Bayern, Nordrhein und Westfalen-Lippe eine kostenlose Potenzialanalyse zu den Möglichkeiten der HzV an. Es zeigt sich immer wieder, dass durch eine gute Steuerung und eine vollständige Abrechnung der Leistungen erhebliche Potenziale zu realisieren sind. Nutzen Sie diese Möglichkeit und sprechen Ihren Berater auf diese Chance an.

Natürlich stehen wir auch in diesem Quartal an Ihrer Seite und unterstützen Sie und Ihr Team bestmöglich durch eine engmaschige Steuerung der Abrechnung. Den Überblick, was sich ansonsten in der Welt der Abrechnung alles ereignet, erhalten Sie wie immer hier!

Ihr Berater steht Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung. Feedback in jeder Form ist ebenfalls immer willkommen!

Eine gute Lektüre, eine sichere Abrechnung – und bleiben Sie auch in diesen unruhigen Zeiten zuversichtlich!

Dr. Georg Lübben

Dr. Tino Lippmann

Markus Kottmann

Holger Söffge



# PRAXEN BETRIEBSWIRTSCHAFTLICH IN SCHWERER SEE! WAS IST JETZT ZU TUN?

Die gesamtwirtschaftliche Lage bereitet vielen Praxisinhabern zunehmend schlaflose Nächte. Einnahme- und Ausgabenseite entwickeln sich in entgegengesetzte Richtung. Man muss nicht Betriebswirtschaft studiert haben, um zu erkennen, dass diese Entwicklung den Praxisgewinn reduziert oder sogar auffrisst.

## Die Fakten in der Übersicht

### Die Ausgabenseite explodiert:

- ✦ schmerzhafteste Kostensteigerungen fast aller Bereiche – Personal, Hygiene, Energie, Lebensmittel sowie
- ✦ eine galoppierende Inflation von aktuell 10 % mit Fortdauer auch im Jahr 2023

Viele Kosteneffekte – insbesondere im Energiebereich - werden erst im nächsten Jahr voll wirksam.

### Die Einnahmeseite stagniert oder ist sogar rückläufig.

#### KV-SYSTEM

Der Orientierungspunktwert steigt im nächsten Jahr um magere 2 %.

Es wird für Praxen keine Stützungsmaßnahmen bei den Energiekosten geben.

In vielen KVn und Fachgruppen herrscht wieder die präpandemische Mangelverwaltung beim Honorar – Quoten, Restpunktwerte. Zudem signalisiert das BMG, dass die im Koalitionsvertrag vorgesehene Entbudgetierung der Hausärzte nicht mehr aktuell sein könnte.

Alle honorarrelevanten Corona-Sonderregelungen (01434 etc.) wurden aufgehoben.

#### GKV-FINANZSTABILISIERUNGSGESETZ

Die Neupatientenregelung wird zum Januar 2023 ersatzlos gestrichen.

#### GOÄ

Die neue GOÄ verstaubt in der Schublade des Ministeriums. Es besteht wenig Grund für die Annahme, dass die neue GOÄ noch in dieser Legislaturperiode in Kraft gesetzt wird.

Die hohe Inflationsrate führt bereits zu einer spürbaren Zurückhaltung der Patienten bei Selbstzahlerleistungen.

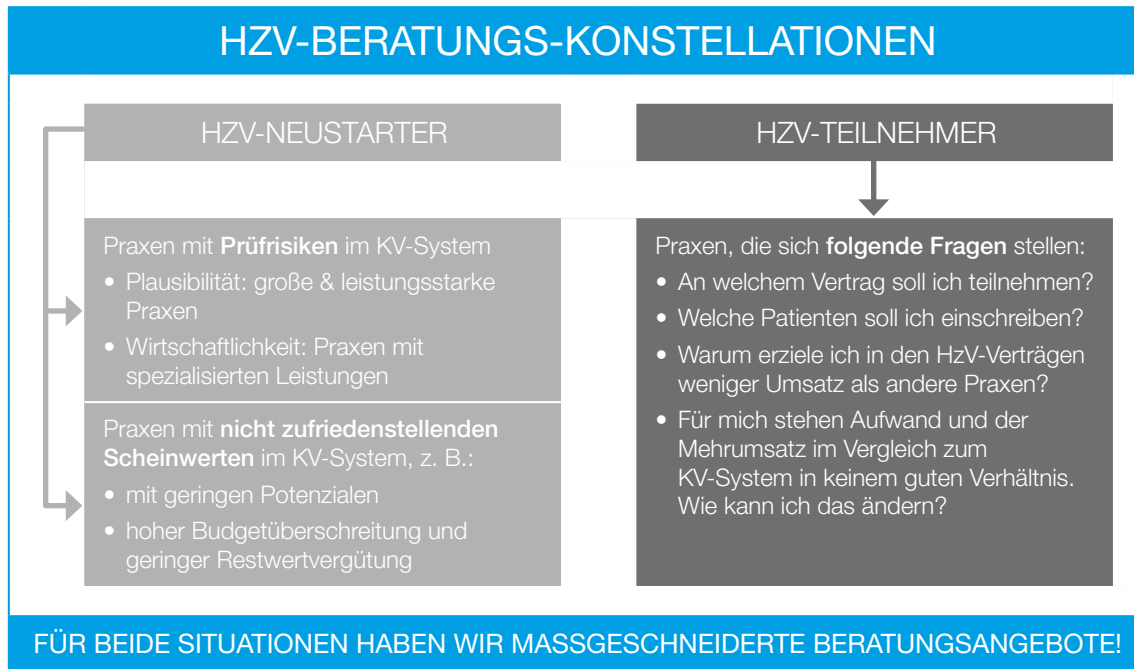
# PRAXEN BETRIEBSWIRTSCHAFTLICH IN SCHWERER SEE! WAS IST JETZT ZU TUN?

**Wie schätzen Sie die Lage ein? Welche Unterstützungsmöglichkeiten wären jetzt sinnvoll?**  
Auf den letzten Seiten des Magazins finden Sie eine kurze Umfrage dazu. Ihre Meinung interessiert uns sehr. Wir werden über das Ergebnis in der nächsten Ausgabe berichten.

## Die Diagnose steht, aber was ist jetzt zu tun?

Hier möchten wir allen **hausärztlichen Praxen** empfehlen, über den Einstieg in die oder den Ausbau der **H<sub>z</sub>V** nachzudenken. In diesen Zeiten lohnt es sich ein zweites Standbein aufzubauen oder dieses deutlich zu verstärken. Für Praxen in **Bayern, Baden-Württemberg, Nordrhein und Westfalen-Lippe** bieten wir seit Kurzem eine analysegestützte Beratung an. Ihre positive Reaktion auf unser Beratungsangebot hat uns sehr gefreut!

Deshalb möchten wir noch einmal die Konstellationen darstellen, wann sich eine HzV-Beratung für Sie lohnt:



# LEISTUNGEN DER AAC HZV-POTENZIALANALYSE

## Weitere praktische Informationen

Sie würden gerne mehr von uns hören? Dann gibt's hier etwas für Ihre Ohren – der aktuelle **AAC Chancen-Podcast zur HzV**.  
Hören Sie mal rein: [www.aac-ag.de/podcast](http://www.aac-ag.de/podcast)



## Chancen nutzen

Egal, ob Sie bisher nur mit dem Gedanken gespielt haben, an der HzV teilzunehmen oder bereits dabei sind, wir können Sie mit unserer



## kostenlosen HzV-Potenzialanalyse

auf jeden Fall wirksam unterstützen. Wir zeigen Ihnen reale HzV-Potenziale und empfehlen Ihnen bewährte und vor allem zeitsparende Umsetzungsstrategien. Denn uns ist sehr bewusst, dass in Zeiten von Arbeitsverdichtung und Personalmangel, die Ressourcen Ihrer MFA effektiv eingesetzt werden müssen.

## Neugierig?

Dann sprechen Sie Ihren Berater an oder schreiben uns eine Nachricht: [info@aac-ag.de](mailto:info@aac-ag.de).

Wir melden uns umgehend bei Ihnen.





WAS GIBT'S NEUES?

# BUNDESWEITE REGELUNGEN AB 01.10.2022

## 1 Orientierungspunktwert für 2023 steigt um zwei Prozent

Der Orientierungspunktwert steigt zum 1. Januar 2023 um zwei Prozentpunkte auf 11,4915 Cent. Diese Entscheidung wurde durch Schiedsspruch im Erweiterten Bewertungsausschuss getroffen.

Damit erhöht sich das kassenärztliche Gesamthonorar im kommenden Jahr um rund 780 Millionen Euro. Für Praxisinhaber bringt die neue Anhebung nach Daten des ZI-Praxispanels je ca. 5.200 Euro mehr. Die Steigerung der Personalkosten liegt dabei bereits bei durchschnittlich 5.400 Euro – mehr als nichts, aber am Ende doch ein Tropfen auf den heißen Stein.

## 2 Konnektoren-Austausch von CompuGroup Medical – Praxen erhalten 2.300 Euro

Die Konnektoren zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur müssen ausgetauscht werden, aktuell betrifft das vor allem die Geräte der CompuGroup Medical (CGM). Erfolgt der Austausch nicht, können die elektronischen Gesundheitskarten nicht mehr eingelesen und die elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen nicht mehr ausgestellt werden. Laut gematik und KBV ist der Konnektoren-Tausch aktuell alternativlos. Grundsätzlich besteht jedoch eine Auswahlmöglichkeit für einen neuen Konnektor bei den verschiedenen Anbietern.

Für den Tausch eines Konnektors erhalten Praxen Kosten von 2.300 Euro erstattet, auch diejenigen Praxen, die den Austausch bereits beauftragt haben, erhalten den neuen Preis.

### Gut zu wissen

Folgende Leistungen sind beim Konnektoren-Austausch inbegriffen:

- Austausch des Konnektors, inklusive der Entsorgung des Altgerätes
- Austausch der Sicherheitsmodulkarte (gSMC-KT) in einem stationären Kartenterminal
- Installation des Praxisausweises (SMC-B-Smartcard)

Auch für den Austausch der Sicherheitsmodulkarten in weiteren Kartenterminals wird eine Pauschale von 100 Euro gezahlt. Dabei ist es unerheblich, ob die Karten zeitgleich mit dem Konnektor oder nachträglich ausgetauscht werden.

### 3 Bivalente Impfstoffe haben neue Abrechnungsziffern

Der COVID-19-Impfstoff wurde für die Auffrischimpfungen speziell an die Omikron-Varianten BA.4 und BA.5 bzw. BA.1 angepasst. Für BioNTech/Pfizer und Moderna gelten ab dem 1. Oktober für diese Impfstoffe eigene Pseudoziffern.

Hersteller und Impfstoff	Indikation	Erstimpfung	Abschlussimpfung	Auffrischimpfung	Wert
<b>BioNTech/Pfizer:</b> Comirnaty Orig./BA.4-5 und Comirnaty Orig./BA.1	Allgemein	88337A	88337B	88337R	<b>28,00 €</b>
	Beruf	88337V	88337W	88337X	
	Pflegeheimbewohner	88337G	88337H	88337K	
<b>Moderna:</b> Moderna Orig./BA.1	Allgemein	88338A	88338B	88338R	
	Beruf	88338V	88338W	88338X	
	Pflegeheimbewohner	88338G	88338H	88338K	

Die neuen Impfstoffe gelten nur für Auffrischimpfungen, jedoch wurden die Pseudoziffern mit verschiedenen Suffixen für eine Erst- bzw. Abschlussimpfungen ergänzt. Infiziert sich eine Person mit dem Corona-Virus und wird anschließend geimpft, gilt in diesem Fall diese Impfung als Grundimmunisierung. Die nachfolgende Auffrischimpfung wird somit als Abschlussimpfung gekennzeichnet, da es sich hierbei um die zweite Impfung handelt.

#### Für die Praxis

Ab sofort muss zusätzlich die **genaue Stellung der Impfung** in der Impfserie angegeben werden. Geben Sie daher im Feld 5009 (freier Begründungstext) hinter die Impfziffer die Nummer der Impfung in der Impfserie des Patienten, also die Anzahl der bereits verabreichten Corona-Impfungen.

#### Beispiel

Der Patient hat

- beide Impfungen der Grundimmunisierung
  - die erste Auffrischimpfung und
  - jetzt die zweite Auffrischimpfung erhalten.
- Sie tragen in Feld 5009 die Nummer 4 ein.

#### 4 Telefonische AU bei leichten Atemwegserkrankungen

Seit 4. August **befristet bis 30.11.2022** dürfen bekannte und unbekannte Patienten, die an leichten Atemwegserkrankungen leiden, wieder bis zu 7 Kalendertage telefonisch krankgeschrieben werden. Eine Folge-AU ist einmalig für bis zu weitere 7 Kalendertage telefonisch möglich.

Diese Corona-Sonderregelung gilt ebenfalls für eine ärztliche Bescheinigung per Telefon, beim Bezug von Kinderkrankengeld über das Muster 21. Auch das Porto für den Versand dieser Bescheinigungen darf wieder über die Ziffer 88122 abgerechnet werden.

#### 5 Hausärzte können Paxlovid® bis 07.04.2023 direkt an ihre Patienten abgeben

Hausärzte können pro Praxis bis zu fünf Therapieeinheiten, also bis zu fünf Packungen Paxlovid® zur Behandlung von COVID-19-Erkrankungen in der eigenen Praxis bevorraten. Dies gilt nicht für Kinder- und Jugendärzte. Ziel ist es, dass die Therapie nach Symptombeginn so schnell wie möglich initiiert werden kann. Daher ist Paxlovid® bei Risikopatienten so früh wie möglich und innerhalb der ersten fünf Tage nach Symptombeginn zu verabreichen. Das Medikament wird über die Apotheke bezogen, in der auch üblicherweise andere Artikel des Sprechstundenbedarfs bestellt werden.

Die Abgabe wird mit 15 Euro pro Packung extrabudgetär vergütet.

##### Für die Praxis

Die Verordnung von Paxlovid® erfolgt auf dem rosa Arzneimittelrezept (Muster 16) ohne Namensnennung. Als Kostenträger wird das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) mit dem IK 103609999 angegeben. Erfolgt die Herausgabe des Arzneimittels an einen Patienten, können in entsprechender Anzahl Nachbestellungen geordert werden.

## 6 Diagnoseliste für langfristigen Heilmittelbedarf zum 01.01.2023 ergänzt

Der G-BA hat die Liste des langfristigen Heilmittelbedarfs um weitere Diagnosen ergänzt. Neu hinzugekommen sind neuromuskuläre Erkrankungen sowie Mehrfachamputationen an Armen und Beinen. Die ergänzte Diagnoseliste gilt ab 1. Januar 2023.

### Zur Erinnerung

Bei Patienten mit entsprechenden Diagnosen gilt ein langfristiger Heilmittelbedarf von vornherein als genehmigt. Heilmitteltherapien können dann wiederholt für jeweils 12 Wochen verordnet werden. Eine Unterbrechung der fortlaufend benötigten Heilmitteltherapie wird mit der Anerkennung des langfristigen Bedarfs vermieden. Außerdem unterliegen Verordnungen von **langfristigem Heilmittelbedarf nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung**.

## 7 Reha-Verordnungen werden höher vergütet

Rückwirkend zum 1. Juli 2022 wird die Verordnung einer medizinischen Reha höher vergütet. Grund für die höhere Vergütung ist der Mehraufwand beim Ausstellen der Verordnung seit der letzten Anpassung des Musters 61. Dafür hatte der G-BA kürzlich die Rehabilitations-Richtlinie angepasst.

Zusätzlich gilt nun eine neue Zusatzpauschale, speziell für die Verordnung der geriatrischen Reha. Ärzte, die die geriatrische Rehabilitation ausstellen, können neben der nun höher vergüteten 01611 die neue Zusatzpauschale 01613 ansetzen.

Ziffer	Beschreibung	Wert
01611	Verordnung medizinischer Rehabilitation	35,49 €
01613	Zuschlag zur 01611 für die geriatrische Reha-Verordnung	8,45 €

Folgende Fachgruppen können die geriatrische Reha-Verordnung abrechnen:

- Allgemeinmedizin
- Innere Medizin
- Orthopädie / Orthopädie und Unfallchirurgie / Chirurgie / Physikalische und Rehabilitative Medizin
- Neurologie / Nervenheilkunde / Neurologie und Psychiatrie / Neurochirurgie / Psychiatrie und Psychotherapie

8

## Psychiatrische und psychotherapeutische Komplexversorgung zur ambulanten Behandlung schwerwiegend psychisch Erkrankter

Die zum 01.10.2022 gestartete Komplexversorgung ist ein Behandlungsprogramm für Erwachsene mit schweren psychischen Erkrankungen. Die neue Versorgungsmöglichkeit hat zum Ziel, mit einem schnelleren Zugang zur qualifizierten Versorgung, Versorgungsbrüche zu vermeiden und somit schwer psychisch erkrankte Menschen bei einem eigenständigen Leben zu unterstützen.

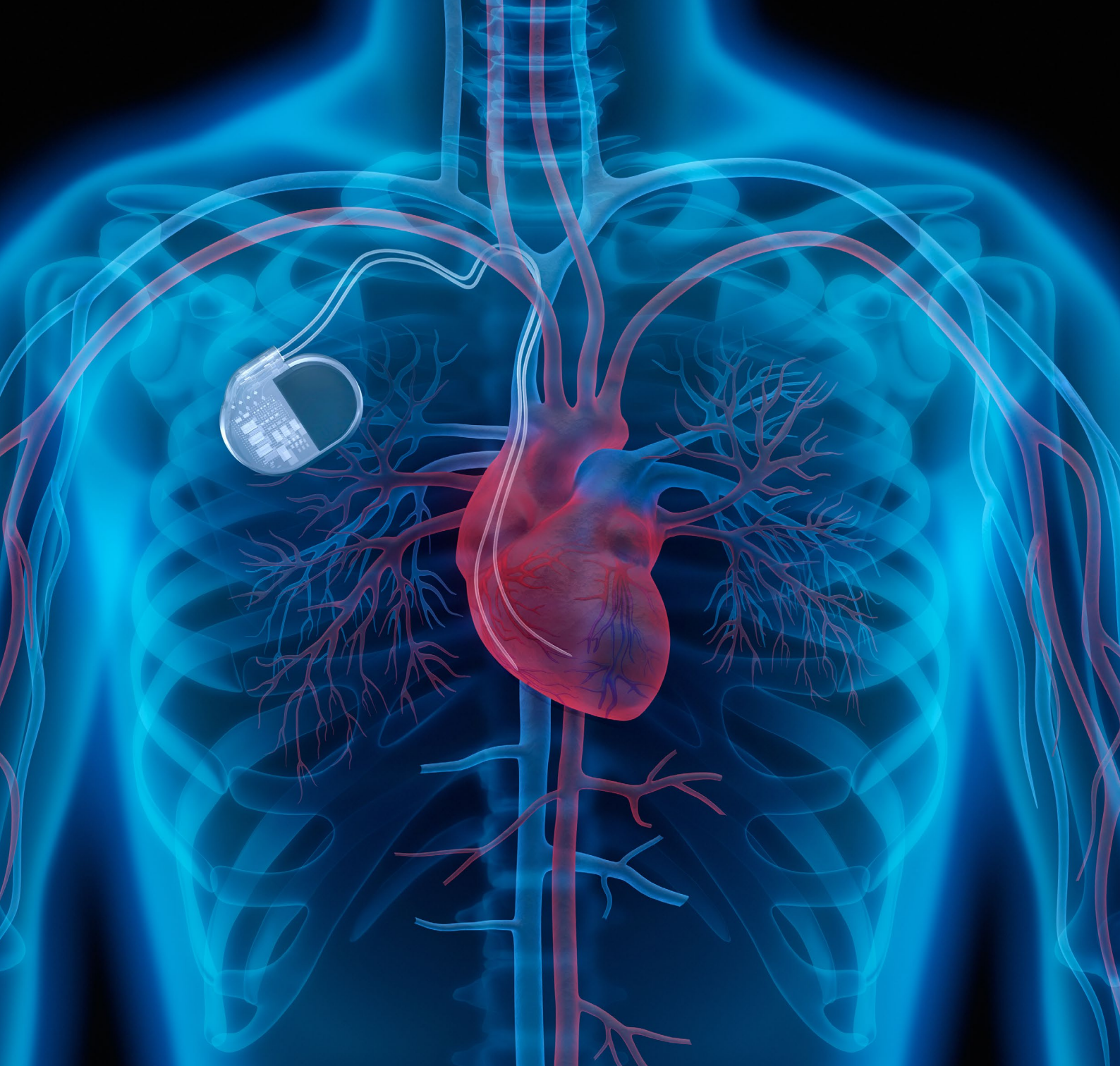
Die Patientinnen und Patienten werden von einem **multiprofessionellen Team** engmaschig und kontinuierlich betreut. In diesem Team wirken Ärzte verschiedener Fachrichtungen wie Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik sowie Psychotherapeuten zusammen, wovon ein Arzt als Bezugsarzt für den Patienten fungiert. Dieser koordiniert die Betreuung und kooperiert außerdem mit Krankenhäusern, der häuslichen psychiatrischen Pflege sowie anderen relevanten Gesundheitsberufen.

Welche Leistungen diese Komplexbehandlung beinhaltet regelt die im Dezember 2021 in Kraft getretene „Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“ des G-BA – kurz KSVPsych-Richtlinie.

Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über das neu geschaffene Kapitel 37.5 EBM. Die neuen Leistungen wie z. B. die Eingangssprechstunde, die Koordination der Behandlung und Fallkonferenzen sind hier genau definiert. Alle Leistungen werden zunächst **extrabudgetär** vergütet.

### Weitere Informationen

Ausführliche Informationen zu diesen neuen Leistungen finden Sie auf der Homepage der KBV: [www.kbv.de/html/themen\\_58817.php](http://www.kbv.de/html/themen_58817.php)



9

## Zweitmeinungsverfahren zur Implantation von Herzschrittmachern oder Defibrillatoren

Das Zweitmeinungsverfahren gilt nun auch bei einer geplanten Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators. Ärzte, die als Zweitmeiner tätig werden wollen, bedürfen wie üblich der Genehmigung der KV.

Folgende Facharztgruppen können diese Zweitmeinung erbringen:

- Innere Medizin und Kardiologie, Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie
- Herzchirurgie
- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie

Ziffer	Beschreibung	Wert
01645H	Aufklärung und Beratung sowie Zusammenstellung der Patientenunterlagen – „Erstmeiner“	8,45 €
88200H	als Freitext im Feld freier Begründungstext (KVDT-Feldkennung 5009) mit dem Code 88200H - „Zweitmeiner“	kein Wert

Alle Leistungen an diesem Tag werden über die Angabe der Pseudoziffer extrabudgetär vergütet. Diese extrabudgetäre Vergütung gilt erst einmal für zwei Jahre.

### Gut zu wissen

Notfalleingriffe, dringende Eingriffe sowie Eingriffe zum Wechsel von Geräten bei Batterieermüdung – ohne gleichzeitigen Wechsel zwischen den Systemen, kommen bei einem Zweitmeinungsverfahren nicht zum Tragen.

## 10 Hormonbehandlung bei Kryokonservierung wird abrechenbar

Ab dem 1. Oktober 2022 gilt eine neue Ziffer für die hormonelle Endometriumvorbereitung für eine künstliche Befruchtung nach einer Kryokonservierung unbefruchteter Eizellen aufgrund einer keimzellschädigenden Therapie.

Die hierfür notwendigen Ultraschall- und Laborkontrollen werden über die neue GON 08536 mit einer Bewertung von 37,74 Euro dargestellt. Diese Ziffer ist einmal im Zyklusfall berechnungsfähig und wird extrabudgetär vergütet. Auch der Zuschlag 08230 zur Grundpauschale im Rahmen der Reproduktionsmedizin ist mit der neuen GON 08536 berechnungsfähig.

Im Zusammenhang mit der Aufnahme der neuen Leistung hat der Bewertungsausschuss auch eine Änderung der GON 08635 für die Stimulationsbehandlung zur Kryokonservierung von Eizellen beschlossen. Aktuell kann diese bei medizinischer Begründung bis zu dreimal im Zyklusfall berechnet werden und hat einen Wert von 1.991 Punkten. Ab Januar 2023 wird diese Bewertung ab der 2. Behandlung im Zyklusfall auf 1.901 Punkte abgesenkt.

## 11 Fristverlängerung für Datenübertragung bei Krebsfrüherkennungsprogrammen

Häufig ist eine fristgerechte Datenübermittlung bis zum 14. Tag des neuen Quartals nicht möglich, da Befunde für die vollständige Dokumentation erst später zur Verfügung stehen. Aus diesem Grund hat der Bewertungsausschuss die Frist für die Datenübermittlung bei den Programmen zur Früherkennung von Darm- und Zervix-Karzinomen auf sechs Wochen nach Quartalsende verlängert.

Die GON 01738, 01741 und 13421 sowie die GON 01761 – 01769 werden auch dann vergütet, wenn die Daten für die Programmbeurteilung erst bis zum 15. Kalendertag des zweiten Monats nach Quartalsende vollständig übermittelt wurden. Das bedeutet, dass für das erste Quartal 2023 die Daten bis 15. Mai 2023 vorliegen müssen.

## 12 EBM-Anpassung Manuelle Therapie statt Chirotherapie

In der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer von 2018 wurde die bisherige Zusatzbezeichnung „Manuelle Medizin/Chirotherapie“ durch den Begriff „Manuelle Medizin“ ersetzt. Das zieht jetzt Änderungen in den Bezeichnungen im EBM nach sich. Die Bezeichnung Chirotherapie wird durch die Bezeichnung Manuelle Medizin an vielen Stellen ersetzt.

### Gut zu wissen

Dies hat jedoch keine Auswirkungen für die Vertragsärzte. Entsprechende Genehmigungen gelten weiter und die betreffenden Leistungen dürfen weiterhin erbracht und abgerechnet werden.



## 13 Neuer OrthoHeroBKK-Vertrag in einzelnen regionalen KVn

Der Bundesverband der Orthopädie und Unfallchirurgie hat mit der BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg einen neuen Vertrag „OrthoHeroBKK“ geschlossen, weitere KVn sind diesem Vertrag beigetreten. Orthopäden, Unfallchirurgen und Reha-Mediziner können Patienten mit Knie- und Rückenschmerzen neben der üblichen konservativen Therapie zusätzlich eine individualisierte digitale Trainingstherapie mittels einer zertifizierten App (keine DiGA) anbieten. Mit Hilfe von Eigenübungen soll die Eigenverantwortung und das Selbstmanagement des Patienten gestärkt werden.

Teilnehmende KVn:

- Baden-Württemberg
- Bayern
- Berlin
- Hamburg
- Mecklenburg-Vorpommern
- Nordrhein
- Westfalen-Lippe

### Für die Praxis

Teilnehmen können alle Patienten mit Schmerzen im Bereich des Rückens und / oder der Knie ab 18 Jahren, die bei einer der teilnehmenden BKKn versichert sind. Die ärztliche Diagnostik und Beratung z. B. zur Grunderkrankung werden unverändert über die Regelversorgung erbracht und abgerechnet. Zusätzlich sind folgende Leistungen über den neuen Vertrag abgebildet:

Beschreibung	Wert
Aufklärung des Patienten, Einschreibung und Erstellung Trainingsplan	45 €
Zwischenuntersuchung	25 €
Abschlussuntersuchung bei Therapieabschluss	25 €
Zwischenuntersuchung bei Verlängerung	25 €
Patienteninitiiertes, bedarfsweises Monitoring	15 €
Abschlussuntersuchung nach Therapieverlängerung	25 €

Weitere Informationen erhalten Sie auf den Internetseiten Ihrer KV.

#### 14 Vergütung der Intravitrealen Medikamentengabe (IVOM) wird abgesenkt

Die Vergütung der intravitrealen Medikamentengabe wird zum 1. Januar leicht abgesenkt, das hat der Bewertungsausschuss beschlossen. Die Bewertung der Leistungen wird routinemäßig alle zwei Jahre überprüft. Für die GON 31371 bis 31373 und 36371 bis 36373 für die Eingriffe am Auge sowie 06334 und 06335 für die Verlaufskontrolle nach Injektion wurde ein Punktzahlvolumen je intravitrealer Medikamenteneingabe inklusive Begleitleistungen in Höhe von 1.703 Punkten festgelegt.

Die aktuelle Überprüfung hat ergeben, dass das Punktzahlvolumen überschritten wird. Deshalb müssen die Leistungen – so der Bewertungsausschuss - zum 1. Januar 2023 leicht abgesenkt werden.

#### 15 Erwachsenenbehandlung durch Kinderärzte

Patienten dürfen spätestens ab 21 Jahren nicht mehr durch Kinderärzte behandelt werden.

Eine Behandlung von Patienten älter als 20 Jahre (ab dem 21. Geburtstag) durch Kinderärzte ist berufsrechtlich grundsätzlich nicht zulässig. Sie muss auf absolut notwendige Ausnahmen begrenzt werden. Heranwachsende ab 18 Jahren bis spätestens zur Vollendung des 21. Lebensjahres sollten daher an Ärzte verwiesen werden, die zur Behandlung Erwachsener legitimiert sind.

Ausnahmen sind beispielsweise:

- die Behandlung Erwachsener mit angeborenen Herzerkrankungen durch Kinderkardiologen,
- die Weiterbehandlung multimorbider Patienten durch den Kinderarzt, bei denen es nicht gelungen ist, sie nach Vollendung des 21. Lebensjahres in eine hausärztliche Praxis zu übergeben oder
- Beratungen der stillenden Mutter als Bezugsperson bei Ernährungsproblemen eines Säuglings.

#### Gut zu wissen

In einigen KVn, wie Baden-Württemberg, können die Leistungen bei diesen spezifischen Ausnahmen durch Pseudo-GON gekennzeichnet werden. So stellen die Kinderärzte sicher, dass Ihnen diese Leistungen nicht gestrichen werden, da diese Leistungen ansonsten als fachfremd eingeordnet werden.



21300  
31300  
▲ 41900  
43200  
32100  
● 58654

35300  
42600  
59000 ▲  
48000  
27200  
540

# WAS GIBT'S NEUES?

## REGIONALE KV-REGELUNGEN

### AB 01.10.2022



#### **Abrechnungsvoraussetzungen für Chronikerpauschalen bei AOK-Versicherten**

Um die Chronikerpauschalen abrechnen zu können, gelten auch bei AOK-Versicherten die regulären Abrechnungsvoraussetzungen. Allerdings hat die AOK Nordost nun mit der KV Berlin eine Diagnosenliste „ICD zur Abrechnung der Chronikerpauschale“ abgestimmt, welche im Mitgliederbereich eingesehen werden kann.

Die Prüfung dazu nimmt die KV seit dem 1. Quartal 2022 eigenständig vor. So soll der Verwaltungsaufwand durch nachträgliche Prüfanträge beim Prüfungsausschuss vermieden werden. Liegen die entsprechenden Diagnosen nicht vor, werden in diesem Fall die Chroniker-Ziffern gestrichen. Ob auch Ihre Praxis von der Streichung der Chronikerpauschalen betroffen ist, lässt sich über die sachlich-rechnerische-Richtigstellung im Honorarbescheid erkennen.

Quelle: [www.kvberlin.de/pid-nr-17-september-2022](http://www.kvberlin.de/pid-nr-17-september-2022)

#### **Teilnahme der Urologen am Onkologie-Vertrag mit der TK**

Der Onkologie-Vertrag wurde zum 1. Juli 2022 komplett überarbeitet. Nun können auch Berliner Urologen Leistungen erbringen und abrechnen. Damit die fachgruppenspezifischen Details gut erkennbar sind, teilt sich der Vertrag in zwei verschiedene Module. Modul 1 ist speziell für die Fachgruppen Innere Medizin und Gynäkologie, Modul 2 richtet sich an die Urologen. Der Schwerpunkt des neuen Moduls 2 liegt vorrangig im Bereich der Erreichung bestimmter Ziele für Rabattarzneimittel.

#### **Gut zu wissen**

Aktuell können ausschließlich TK- und HEK-Patienten am Onkologie-Vertrag teilnehmen.

Quelle: [www.kvberlin.de/fuer-praxen/aktuelles/praxis-news/detailansicht/pn220809](http://www.kvberlin.de/fuer-praxen/aktuelles/praxis-news/detailansicht/pn220809)

## **KV** **MV** MECKLENBURG-VORPOMMERN

### **Vertrag zur frühen Darmkrebsvorsorge für AOK-Versicherte zum 31.12.2022 gekündigt**

Quelle: [www.kvmv.de/export/sites/default/galleries/downloadgalerie\\_kvmv/presse/pressemitteilungen\\_pdfs/2022/PM\\_Ende\\_fruheDarmkrebsvorsorge\\_AOK\\_23062022.pdf](http://www.kvmv.de/export/sites/default/galleries/downloadgalerie_kvmv/presse/pressemitteilungen_pdfs/2022/PM_Ende_fruheDarmkrebsvorsorge_AOK_23062022.pdf)

## **KV** **SH** SCHLESWIG-HOLSTEIN

### **Neuer Selektivvertrag „Checkup+“ mit der AOK Nordwest seit 01.09.2022**

Die AOK Nordwest und die KVSH haben den neuen Vertrag „Checkup Plus“ geschlossen. Kern des Vertrages ist die besondere Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen. Bei Patienten mit chronischen Erkrankungen wie z. B. Eisenmangel bei Herzinsuffizienz, symptomatische Arthrose, COPD bei Asthmapatienten soll das Fortschreiten der Erkrankungen verhindert oder zumindest verlangsamt werden. Hierbei soll auf definierte Begleit- und Folgeerkrankungen untersucht werden, um eine Progression schneller zu erkennen und behandeln zu können.

Teilnehmen können alle Hausärzte im KV-Bereich Schleswig-Holstein. Die Teilnahme ist genehmigungspflichtig.

Quelle: [www.kvsh.de/praxis/qualitaet-und-fortbildung/genehmigungspflichtige-leistungen/checkup](http://www.kvsh.de/praxis/qualitaet-und-fortbildung/genehmigungspflichtige-leistungen/checkup)

#### **Hinweis:**

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

WAS GIBT'S NEUES?

# REGIONALE HZV-REGELUNGEN AB 01.10.2022



## BADEN-WÜRTTEMBERG

Vertrag IKK classic	
bisherige Regelung	neue Regelung
-	<b>Neuaufnahme Versorgungsmodul für Altenpflege- und Behinderteneinrichtungen</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>PP1</b> kontaktabhängige Quartalspauschale je <u>eingeschriebenem Patienten</u> <b>55,00 € bzw. 60,00 € mit VERAH</b></li><li>• <b>PP2</b> kontaktabhängige Behandlungspauschale <b>15,00 € je Patientenkontakt</b> bzw. den Patienten betreffenden Kontakt mit dem Pflegeheim, max. 1x/Tag abrechenbar</li><li>• <b>PP3</b> Wechsel / Entfernen des suprapubischen Harnblasenkatheters <b>20,00 €</b></li></ul>
-	<b>P5 neue Pflegeheimpauschale 25,00 €</b> nicht im gleichen Quartal neben PP1, PP2, PP3



## BAYERN

Vertrag Bosch BKK	
bisherige Regelung	neue Regelung
-	<b>0008K</b> Kooperations- und Koordinationspauschale Pflegeheim <b>55,00 €</b>
	<b>0008S</b> Sprechstunde Pflegeheim außerhalb der regulären Sprechzeiten vor Wochenenden / Feiertagen <b>10,00 €</b>

HZV
BY
BAYERN (Fortsetzung)

Vertrag IKK classic	
bisherige Regelung	neue Regelung
Abrechnung Hygienezuschlag über KV.	<b>03020</b> und <b>04020</b> werden zum 1. Oktober 2022 <b>in die Pauschale aufgenommen</b> . Der Hygienezuschlag kann somit nicht mehr über die KV abgerechnet werden.

HZV
NR
WL
NORDRHEIN / WESTFALEN-LIPPE

Vertrag spectrumK – Erhöhung von Vergütungen	
bisherige Regelung	neue Regelung
Zuschlag VERAH auf P3 5,00 €	Zuschlag VERAH auf P3 Anhebung des Zuschlags auf <b>8,00 €</b>
Vertreterpauschale 12,50 €	Anhebung der Vertreterpauschale auf <b>20,00 €</b>
Zielauftragspauschale 12,50 €	Anhebung der Zielauftragspauschale auf <b>20,00 €</b>
Zuschlag rationale Pharmakotherapie 3,50 €	Erhöhung des Zuschlags zur rationalen Pharmakotherapie auf <b>4,00 €</b>

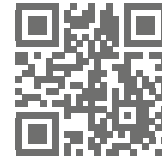
Vertrag IKK classic	
bisherige Regelung	neue Regelung
Abrechnung Hygienezuschlag über KV.	<b>03020</b> und <b>04020</b> werden zum 1. Oktober 2022 <b>in die Pauschale aufgenommen</b> . Der Hygienezuschlag kann somit nicht mehr über die KV abgerechnet werden.

# KOOPERATIONSPARTNER

## ABRECHNUNGSTIPPS FÜR DIE PRIVATABRECHNUNG

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

[www.pvs-suedwest.de](http://www.pvs-suedwest.de)



### Beratung zu Organ- und Gewebespende nach dem Transplantationsgesetz (TPG) Abrechnung der Ziffer 3 GOÄ analog

Laut § 2 Abs. 1a des TPG sollen Hausärzte seit dem 1. März 2022 ihre Patienten regelmäßig darauf hinweisen, dass sie eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende abgeben, ändern oder widerrufen können, und sie bei Bedarf über die Organ- und Gewebespende beraten. Hierbei soll über die Möglichkeiten der Organ- und Gewebespende, deren Voraussetzungen, die Bedeutung einer Organspende für kranke Menschen und den damit verbundenen möglichen Nutzen sowie über die Möglichkeit, eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende abzugeben, informiert werden.

Die Beratung muss ergebnisoffen sein und den Hinweis enthalten, dass keine Verpflichtung zur Abgabe einer Erklärung zur Organ- und Gewebespende besteht.

Nach § 2 Abs. 1b wird die Beratung im Rahmen einer ambulanten privatärztlichen Beratung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet.

Da es bisher keine spezielle Beratungsziffer für diese Leistung in der GOÄ gibt, kann diese Beratung entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung der GOÄ mit der Maßgabe abgerechnet werden, **dass mögliche Abrechnungsausschlüsse dieser gleichwertigen Leistung gegenüber anderen Leistungen der GOÄ nicht gelten.**

**Für eine derartige ergebnisoffene Beratung kann die Ziffer 3 - eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung... - analog angesetzt werden. Die Leistung ist innerhalb von zwei Jahren einmal berechnungsfähig.**

Wichtig dabei ist, dass die Beratung nach den o. g. Maßgaben erbracht wird und die ansonsten geltenden Ausschlüsse (nur als einzige Leistung oder neben den Ziffern 5, 6, 7, 8, 800 oder 801 abrechenbar) **nicht** gelten.

In der Rechnung muss diese spezielle Beratungsleistung analog angesetzt werden. („Beratung zu Organ- und Gewebespende, analog“)



## Schutzimpfungen, auch als besonderes Angebot an einem Samstagvormittag

Seit August 2021 regelt eine neue Schutzimpfungs-Richtlinie den Anspruch der GKV-Versicherten auf Impfleistungen. Sie ist für die Kassenärztlichen Vereinigungen, gesetzlichen Krankenkassen und GKV-Versicherten verbindlich. Die gestiegene Nachfrage der GKV-Patienten erforderte in den Praxen eine gewisse Neuorganisation, so manche Praxis bietet seitdem auch spezielle Samstagssprechstunden für Impfungen an, was auch aufgrund der vermehrten Covid-Impfungen sicher ein Mittel war, um überfüllte Wartezimmer und längere Wartezeiten zu vermeiden.

Dies wiederum löst auch eine vermehrte Nachfrage der Privatpatienten aus, die sicher gezielt nach speziellen Impfzeiten nachfragen werden.

Die wieder vermehrt auftretenden grippalen Infekte bedingen ohnehin eine Entzerrung der Sprechstundenzeiten durch einen „Grippeimpfsamstag“, der wiederum auch die Möglichkeit der Berechnung eines speziellen Zuschlages D - Zuschlag für an Samstagen erbrachte Leistung - eröffnet. Sie sollten vor Behandlungsterminierung über die Zusatzkosten den Patienten aufklären, um hinterher Streitfälle zu vermeiden.

Somit ergeben sich nach GOÄ folgende Abrechnungsmöglichkeiten:

Ziffer	Leistung	Faktor	Honorar
1	Beratung	2,3 fach	10,72 €
5	Symptomzentrierte Untersuchung (Feststellung der Impffähigkeit bzw. Ausschluss eines Infektes)	2,3 fach	10,72 €
375	Schutzimpfung, ggf. Eintragung in den Impfpass	2,3 fach	10,72 €
377*	Zusatzinjektion bei Parallelimpfung	2,3 fach	6,70 €
D	Zuschlag für an Samstagen erbrachte Leistung	0,5 fach	6,41 €
	Auslagenberechnung für Impfstoff, wenn keine Verordnung		

### Bitte beachten:

Eine Impfung löst einen neuen Behandlungsfall aus, sofern diese nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit einer entsprechenden Erkrankung verabreicht wird. Insoweit ist die Ziffer 1 neben 375 berechenbar.

Der Faktor D darf bei einer geplanten Samstagssprechstunde nur mit der Hälfte berechnet werden.

\*Die Ziffer 377 darf bei einer erforderlichen Parallelimpfung als Zusatzinjektion berechnet werden, allerdings kann dann nicht die Ziffer 1 berechnet werden, da ein gebührenrechtlicher Ausschluss besteht.

Denken Sie auch an die Berechnung der Sachkosten für den Impfstoff zum Einkaufspreis, sofern Sie einen privaten Impfvorrat vorhalten.

## IHRE MEINUNG INTERESSIERT UNS!

Viele Praxisinhaber machen sich aktuell aufgrund der gesamtwirtschaftlichen Lage große Sorgen. Für uns ist es wichtig, Sie jetzt gezielt zu unterstützen. Deshalb möchten wir gerne wissen:

- Wie schätzen Sie die aktuelle gesamtwirtschaftliche Lage ein?
- Welchen Einfluss wird diese auf Ihre Praxis vermutlich haben?
- Wie können wir Sie neben unseren Analysen und der Beratung noch zusätzlich unterstützen?

Leider können wir kein Geld drucken, aber wir wollen unser Ohr so nah wie möglich an Ihrer Arbeit haben. Deshalb freuen wir uns, wenn Sie sich kurz die Zeit nehmen und die folgenden Fragen beantworten.

Entweder

- als Abfrage über MS-Forms: <https://forms.office.com/r/4M36yEf2HX>
- direkt hier im PDF, [in einer separaten PDF](#) oder
- per Hand auf der ausgedruckten Seite und dann als Scan
- ▶ per E-Mail an [info@aac-ag.de](mailto:info@aac-ag.de) oder
- ▶ per Fax **030 · 22 44 523 33** senden.



PRAXIS (Name, Anschrift)

1. Wie schätzen Sie die gesamtwirtschaftliche Lage in Deutschland ein?

- 1** = nur als vorübergehende leichte Verschlechterung von max. 1 Jahr  
**6** = als erhebliche, länger andauernde Verschlechterung über mind. 1–2 Jahre

2. Wie sind Sie selbst bzw. Ihre Praxis betroffen?

- 1** = ich rechne 2023 mit einem minimalen negativen Effekt auf den Praxisgewinn von max. 10 %  
**6** = ich rechne 2023 mit einer erheblichen Reduktion des Praxisgewinns von mind. 20–30 %

### 3. Welche Gegenmaßnahmen bzw. Konsequenzen planen Sie oder setzen Sie schon um?

	Reduktion der Privatentnahmen / des Privatkonsums
	Personalabbau
	andere Kostensenkungen, z. B. Überprüfung der Ausstattung mit Versicherungen
	Leistungseinschränkungen, z. B. weniger Termine für Neupatienten
	andere:

Mehrfachangabe möglich

### 4. Welche Gegenmaßnahmen bzw. Konsequenzen planen Sie oder setzen Sie schon um?

	Ausbau anderer Einnahmequellen, z. B. Gutachten, Privatsprechstunde, Teilnahme an klinischen Studien
	Verstärkter Fokus auf eine vollständige KV-Abrechnung zur Ausschöpfung aller Restpotenziale
	<b>bei Hausärzten:</b> Teilnahme an bzw. Ausbau der Teilnahme an der HzV <b>bei Fachärzten:</b> Teilnahme bzw. Ausbau der Teilnahme an Selektivverträgen
	andere:

Mehrfachangabe möglich

### 5. Für Hausärzte – wie unterscheidet sich Ihr Scheinwert im KV-System im Vergleich zum möglichen Scheinwert in der HzV?

	HzV-Scheinwert ist <b>Euro</b> höher als mein KV-Scheinwert (bitte auswählen).
	weiß nicht

### 6. Wie können wir Sie im Rahmen der Abrechnungsberatung noch besser unterstützen?

	gezielte Schnell-Informationen bzw. Podcasts zu abrechnungsrelevanten Themen
	gezielte Information zu anderen praxisrelevanten Themen
	virtuelle Fortbildungseinheiten zum Praxismanagement und zur Abrechnung für Sie bzw. Ihre MFA
	andere:

# 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](mailto:info@aac-ag.de)

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