

AAC

Magazin

NEUES ZU ABRECHNUNG UND HONORAR AUF EINEN BLICK
AUSGABE 18 – Q3 2023

NR. 18 – Q3 2023

INHALT

AAC-PRAXISNAVIGATOR® – Schritt für Schritt zur Abrechnungs-Freiheit	4
AAC-PRAXISNAVIGATOR® – Patientenauswertungen.	6
Bundesweite Regelungen ab 01.07.2023.	11
Regionale KV-Regelungen ab 01.07.2023	24
Regionale HzV-Regelungen ab 01.07.2023	34
Abrechnungstipps für die Privatabrechnung	37

HERAUSGEBER

AAC PRAXISBERATUNG AG
Am Treptower Park 75
12435 Berlin

REDAKTION

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

REDAKTIONELLE MITARBEIT

Jacqueline Rositzka
Franziska Mainda

© 2023 AAC PRAXISBERATUNG AG

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

BILDNACHWEISE

Seite 1 © Yellow duck - stock.adobe.com
Seite 6 © Elena Butusova - stock.adobe.com
Seite 10 © Generative AI - stock.adobe.com
Seite 16 © Syda Productions - stock.adobe.com
Seite 23 © ipopba - stock.adobe.com
Seite 29 © freshidea - stock.adobe.com
Seite 36 © NanSan - stock.adobe.com
Seite 44 © Elena Butusova - stock.adobe.com

DRUCK

MG-Print, Herford

LAYOUT

Olaf Brandmeyer, Bünde

MAGAZIN ALS PDF

www.aac-ag.de/magazin

KUNDENMAGAZIN DER AAC PRAXISBERATUNG AG

WILLKOMMEN

Sehr geehrte Frau Doktor,
sehr geehrter Herr Doktor,

nach dem Ende der Coronapandemie treten weitere Herausforderungen für Praxen immer stärker in den Vordergrund – chronischer Zeitmangel bedingt durch einen zunehmenden Personalengpass auf dem Hintergrund häufig insuffizient funktionierender Anwendungen der TI und einer stetig zunehmenden Bürokratiebelastung.

Dies bedingt eine kontinuierliche Arbeitsverdichtung, die Ärzte und MFA zunehmend spüren. Es kostet immer mehr Kraft, eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung sicherzustellen. Da die Arbeitszeit eine endliche Größe darstellt, kommt es zwangsläufig in anderen Bereichen zu Abstrichen. Wir sehen die „Kollateralschäden“ insbesondere bei Neukunden im Bereich der Abrechnung. Die Folgen liegen auf der Hand. Kontrolle und Steuerung der Abrechnung erfordern im Praxisalltag eine nicht unerhebliche zeitliche Investition. Wenn diese nicht oder nur in einem unzureichenden Maß zur Verfügung steht, wird Geld verschenkt und es schleichen sich Risiken ein. Prüfung und Regress können die Folge sein.

Wir bekommen von Ihnen das Feedback, dass mit dem AAC-PRAXISNAVIGATOR®, der Software zum eigenständigen Controlling der KV- bzw. HzV-Abrechnung, sich die Zeit für eine qualitativ gute Abrechnung deutlich reduzieren lässt. Mit der Software können die anfallenden Arbeiten flexibel bereits während des laufenden Quartals erledigt werden. Das stressige Fertigstellen der Abrechnung zum Quartalsende entfällt. Sie erleben Abrechnungs-Freiheit. Wir sind überzeugt, dass wir mit dem AAC-PRAXISNAVIGATOR® Ihr Praxispersonal bei der Abrechnung effektiv entlasten und zum Wohlergehen von Ihnen und Ihren Mitarbeitern beitragen können.

In dieser Ausgabe möchten wir Ihnen den zweiten Teil unseres umfassenden Kundenbetreuungskonzepts für unsere Praxisnavigator-Kunden vorstellen. Wer jetzt neugierig geworden ist, wir zeigen Ihnen gerne anhand einer Live-Demonstration des Programms, was Abrechnungs-Freiheit auch für Sie bedeuten kann.

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 und eine sichere Abrechnung wünschen Ihnen

Dr. Georg Lübben

Dr. Tino Lippmann

Markus Kottmann

Holger Söffge

AAC-PRAXISNAVIGATOR®

SCHRITT FÜR SCHRITT ZUR ABRECHNUNGS-FREIHEIT

Den Mehrwert im Überblick

Wir bekommen von den Anwendern des **AAC-PRAXISNAVIGATORS®** ein sehr klares und konsistentes Feedback, dass sie den **Mehrwert** bei der Abrechnung vierfach erleben:

1. Die Abrechnung kann durch die flexible Nutzung während des gesamten Quartals insgesamt stressfreier gemanagt werden. Nie mehr Abrechnungs-Stress zum Quartalsende!
2. Durch die portionsweise Erledigung der notwendigen Arbeitsschritte gelingt insgesamt ein qualitativ besseres Abrechnungsergebnis – Potentiale werden effektiver genutzt, Risiken besser angesteuert.
3. Nach der Eingewöhnungsphase im Umgang mit dem Programm, sinkt der zeitliche Aufwand für die Abrechnung bzw. die Abrechnungs-Kontrolle spürbar.
4. Praxisteams, die schon länger mit dem AAC-PRAXISNAVIGATOR® arbeiten, berichten, dass die Arbeit mit dem Programm auch zu einer Optimierung der zugrundeliegenden Arbeitsprozesse der Praxis führt. Das heißt, die Teams arbeiten durch die Prozessoptimierung zielgerichteter und effektiver!

Dies bedeutet in Summe durch **Abrechnungs-Freiheit** entsteht auch **Abrechnungs-Effektivität!**

Unser Betreuungskonzept

Der eine oder andere Leser findet vielleicht die Idee, mit dem AAC-PRAXISNAVIGATOR® die eigene Abrechnung autonom zu steuern, sehr reizvoll, verspürt aber doch ein gewisses Bauchgrummeln, mit einer Software allein nicht klarzukommen. Diese Sorge möchten wir Ihnen nehmen.

Wir sind und bleiben eine Unternehmensberatung, die auch Ihren Praxisnavigator-Kunden immer beratend zur Seite steht – persönlich und individuell. Bei uns wartet kein Call-Center auf Ihren Anruf, sondern unser Beraterteam kümmert sich aktiv um jeden Kunden. Diese Beratungs-Philosophie haben wir uns auf die Fahne geschrieben und versuchen sie zu leben.

Mit unserem Betreuungskonzept werden Sie

- für die erfolgreiche Nutzung des Praxisnavigators intensiv angeleitet,
- konstant mit allen wichtigen Informationen versorgt und
- mit Ihren Fragen und Wünschen nie allein gelassen.

Wir hoffen, damit etwas „Bauchgrummel-Prävention“ betrieben zu haben. Eine Live-Demonstration des AAC-PRAXISNAVIGATORS® ist jederzeit möglich. Melden Sie sich bitte bei Ihrem Berater!

AAC-PRAXISNAVIGATOR®

SCHRITT FÜR SCHRITT ZUR ABRECHNUNGS-FREIHEIT

Unser intensives Betreuungs- und Informationskonzept im Überblick

	START	NUTZUNG IM REGELBETRIEB
BETREUUNG	Q1 und Q2	ab Q3
	Installation des Programms	strukturiertes Interview zur Nutzung des Programms und zur Kundenzufriedenheit (Q3)
	Einführungstrainings für das Praxisteam <ul style="list-style-type: none"> • ein technisches Training • 2-3 inhaltliche Trainings zur Nutzung der Analysen und Interpretation der Ergebnisse 	Entwicklungsgespräch – der ausführliche Blick zurück und nach vorne auf Abrechnung und Praxisentwicklung (mindestens einmal jährlich)
	Kontrolle der Abrechnung vor Abgabe durch den AAC-Berater	weitere inhaltliche Trainings, bedarfsabhängig

INFORMATION	AAC-Kundenmagazin alles, was im aktuellen Quartal aus der Welt der Abrechnung wichtig ist
	Update-News was ist neu im Programm?
	Update-Podcast die News zum Nachlesen und Hören
	AAC-informiert unsere aktuelle Kundeninformation bei wichtigen Themen
	AAC-Fortbildungen aktuelle Themen für Sie und Ihr Praxisteam in 45 Minuten auf den Punkt gebracht



AAC-PRAXISNAVIGATOR® PATIENTENAUSWERTUNGEN

Gezielt arbeiten

In loser Abfolge möchten wir Ihnen in unserem Magazin die verschiedenen Möglichkeiten vorstellen, wie Ihnen der AAC-PRAXISNAVIGATOR® die effektive Abrechnung erleichtern kann.

Ein Schwerpunkt der verschiedenen Analysemöglichkeiten der Abrechnung liegt im Bereich patientenrelevanter Auswertungen. Diese teilen sich auf in:

- PATIENTENANALYSE
- PATIENTENAUSWERTUNGEN CHECKS und
- PATIENTENKARTEI

Machen Sie sich ein Bild davon, welche Inhalte die Auswertungen haben und welche davon in Ihrem Praxisalltag zur quartalsweisen Kontrolle aller Leistungsbereiche den größtmöglichen Nutzen bringt.

PATIENTENANALYSE

Inhalt

- Zusammenstellung aller patientenspezifischen Auswertungen
- Themen je nach Fachgruppenszusammensetzung der Praxis
- je Thema eine Übersichtsseite sowie Fehler-, Potential- und Hinweislisten

Nutzen

- Kontrolle der wichtigsten Leistungsbereiche
- patientenspezifische Korrekturen

Fundort

The screenshot shows a software interface titled 'PATIENTENAUSWERTUNGEN ALLGEMEIN'. It contains several menu items: 'Patientenanalyse' (highlighted with an orange border), 'Patientenkartei', 'Tagesliste', and 'Patientenliste'. To the right of these items are buttons for 'DMP-Check', 'Vorsorge-Check', and 'mit ICD', along with a dropdown menu currently set to 'einzeln'.

AAC-PRAXISNAVIGATOR® PATIENTENAUSWERTUNGEN

PATIENTENAUSWERTUNGEN CHECKS

Inhalt

- einzelne themenspezifische Patientenauswertungen, wie z. B. Chronikerauswertung und Komplexe Orthopädie
- je Thema eine Übersichtsseite sowie Fehler-, Potential- und Hinweislisten

Nutzen

- Kontrolle einzelner Themen
- patientenspezifische Korrekturen

Functort

The screenshot displays the 'PATIENTENAUSWERTUNGEN CHECKS' interface. It features a grid of buttons for various medical specialties, each with a corresponding 'mit ICD' checkbox. The 'Chroniker' button and the 'Orthopädie-Komplexe' button are highlighted with orange borders. At the bottom, there is a dropdown menu labeled 'Potentiale im Verlauf'.

PATIENTENAUSWERTUNGEN CHECKS		
Chroniker		Sozialpädiatrie
Geriatric	mit ICD	Gynäkologie
Psychosomatik	mit ICD	Orthopädie-Komplexe
Palliativ	mit ICD	Chirurgie-Check
Akupunktur	mit ICD	Neurologie-Mitbetreuung
Manuelle Medizin		Psychiatrie / Nervenheilkunde
16222	mit ICD	AOP-Check
Potentiale im Verlauf	▼	

AAC-PRAXISNAVIGATOR® PATIENTENAUSWERTUNGEN

PATIENTENKARTEI

Inhalt

- individuelle Auswertungen, die nicht Bestandteil einer Analyse sind

Nutzen

- Prüfung spezifischer Fragestellungen: z. B.
 - Patienten mit Ultraschall Abdomen ohne passende Diagnose oder
 - Patienten der AOK ohne HzV-Markierungsziffer oder
 - Patienten mit OP-Ziffer, aber ohne Nachbeobachtungsleistung

Fundort

The screenshot shows a software interface titled 'PATIENTENAUSWERTUNGEN ALLGEMEIN'. It features several menu items: 'Patientenanalyse', 'DMP-Check', 'mit ICD', 'Patientenkartei', 'Vorsorge-Check', 'einzel', 'Tagesliste', and 'Patientenliste'. The 'Patientenkartei' option is highlighted with an orange border. There are also dropdown arrows next to 'einzel' and 'Patientenliste'.

Sind Sie auf den Geschmack gekommen? In einem der nächsten Hefte gehen wir auf die Patientenkartei noch einmal spezifischer ein.

Das dauert Ihnen zu lange? Sprechen Sie Ihren Berater an und vereinbaren Sie einen Termin zur Vorstellung des AAC-PRAXISNAVIGATORS®!



WAS GIBT'S NEUES?

BUNDESWEITE REGELUNGEN AB 01.07.2023

1

Das eRezept kommt zum 1. Juli – wirklich?

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hat mit seiner Ankündigung ein veritables Medienecho ausgelöst. Wenn man die Aussagen liest, denkt man wirklich, dass das eRezept unmittelbar vor dem flächendeckenden Start steht.

Zur Erinnerung: Die ersten Pläne zur Entwicklung eines eRezepts gehen auf das Jahr 2021 zurück. Im letzten Jahr sollte es dann nach mehrfacher Verschiebung des Starts endlich losgehen. Aber auch daraus wurde nichts. Beide Pilotregionen warfen das Handtuch. Erst stieg Schleswig-Holstein, dann auch Westfalen-Lippe aus dem Probelauf unter Alltagsbedingungen aus. Diagnose – nicht alltagstauglich. Da kaum ein Patient die eRezept-App der gematik aufgrund des komplizierten Authentifizierungs-Verfahrens nutzte, mussten die Praxen das eRezept ausdrucken. Das analoge Muster 16 wurde durch ein analoges sog. Token ersetzt.

Die KV Westfalen-Lippe forderte, dass es möglich sein müsse, das eRezept über die eGK einzulösen. Die gematik gelobte, diesen Weg zu realisieren. Im Februar gaben die Datenschützer endlich grünes Licht.

Eine Einlösung des eRezepts via eGK wird jedoch zum 01.07.2023 noch nicht flächendeckend möglich sein, da noch nicht alle Apotheken mit der Technik ausgestattet sind. Zum Einlösen des eRezepts über die eGK benötigen Apotheken Kartenleseterminals wie in den Praxen. Dies wird voraussichtlich bis Ende Juli 2023 der Fall sein.

Für die Praxis

Für Praxen ändert sich erst einmal wenig. Sie stellen eRezepte wie bisher über ihr PVS aus und signieren es digital mit dem elektronischen Heilberufsausweis. Mit der Unterschrift werden die Informationen direkt in der Telematikinfrastruktur gespeichert. Somit stehen die Daten bereits für die Apotheke zum Abruf zur Verfügung. Der Patient weist sich in der Apotheke mit seiner eGK aus und diese kann die Medikamente aushändigen.

Da jedoch noch nicht alle Apotheken mit Kartenleseterminals ausgestattet sind, empfiehlt es sich, den Patienten aktuell noch den Tokenausdruck mitzugeben und nach der Sommerpause auf das neue Verfahren umzustellen. Zum 01.01.2024 ist es dann verpflichtend.

2 Neue TI-Pauschalen ab 1. Juli 2023

Über eine Verordnung hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die neuen TI-Pauschalen festgelegt. Sie gelten bereits ab 1. Juli. Damit sollen die Praxen sowohl die Ausstattungs- als auch die Betriebskosten der Telematikinfrastruktur finanzieren können. Das BMG hat die monatlichen Pauschalen für die laufenden Kosten für die TI-Anwendungen sowie die notwendigen Investitionskosten pro Monat über einen Zeitraum von 5 Jahren kalkuliert.

Die Höhe der Pauschale ist von drei Faktoren abhängig

- der Praxisgröße (Anzahl der Ärzte)
- dem Zeitpunkt der TI-Erstausrüstung sowie
- dem Zeitpunkt eines notwendigen Austauschs des Konnektors

Damit ergeben sich laut BMG insgesamt drei Szenarien:

Überblick über die vereinbarten TI-Pauschalen			
Anzahl der Vertragsärzte/ -psychotherapeuten in der Praxis	Höhe der Pauschale in SZENARIO 1	Höhe der Pauschale in SZENARIO 2	Höhe der Pauschale in SZENARIO 3
	<ul style="list-style-type: none"> • noch KEINE ERSTAUSSTATTUNG oder Erstausrüstung erfolgte bereits vor dem 1. Januar 2021 • Konnektor wurde noch nicht getauscht oder Tausch erfolgte bereits vor dem 1. Januar 2021 • alle Anwendungen installiert 	<ul style="list-style-type: none"> • ERSTAUSSTATTUNG nach dem 31. Dezember 2020 • alle Anwendungen installiert • die Pauschale wird für 30 Monate nach der Erstausrüstung reduziert – ab dem 31. Monat erhalten die Praxen die TI-Pauschale aus SZENARIO 1. 	<ul style="list-style-type: none"> • KONNEKTOR-TAUSCH nach dem 31. Dezember 2020 • alle Anwendungen installiert • die Pauschale wird für 30 Monate nach dem Konnektortausch reduziert – ab dem 31. Monat erhalten die Praxen die TI-Pauschale aus SZENARIO 1.
bis zu 3	237,78 €	131,67 €	199,45 €
mehr als 3 bis zu 6	282,78 €	143,29 €	242,78 €
mehr als 6	323,90 €	151,04 €	282,23 €

Die Umstellung vom Erstattungsmodell zu monatlichen Pauschalen bedeutet für die Praxen, dass sie in Vorleistung gehen und jetzt Preise verschiedener Anbieter vergleichen müssen.

Für die Praxis

Für die Auszahlung der Pauschale ist es erforderlich, dass die Praxis über die kompletten technischen Voraussetzungen für die Nutzung aller TI-Anwendungen verfügt. Fehlt auch nur eine der erforderlichen Anwendungen, wird die Pauschale halbiert, bei zwei fehlenden Anwendungen entfällt sie ganz.

Für die Auszahlung der Pauschalen sind unverändert die Kassenärztlichen Vereinigungen zuständig. Laut BMG müssen Praxen dabei vor der ersten Zahlung gegenüber ihrer KV die funktionsfähige Ausstattung mit den erforderlichen Anwendungen, Komponenten und Diensten nachweisen. Der Nachweis kann in Form einer Eigenerklärung erfolgen. Bitte achten Sie auf die jetzt sehr kurzfristig bereitzustellenden Informationen zum Ablauf des Verfahrens der Selbstauskunft auf der Homepage der für Sie zuständigen KV.

Quelle: www.kbv.de/html/1150_64198.php

3

Covid-Impfung – Pseudonummern erweitert und angepasst

Die Liste der Pseudonummern für COVID-19-Impfungen wurde komplettiert. Aufgrund der Vorgaben der neuen COVID-19-Vorsorgeverordnung wurden die Pseudonummern erweitert, seit dem 8. April sind die Impfungen Teil der Regelversorgung. In diesem Zusammenhang gilt eine neue Pseudonummer, 88339, für den Impfstoff VidPrevtyn Beta. Obwohl dieser Impfstoff nicht in der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA enthalten ist, haben Patienten gemäß der COVID-19-Vorsorgeverordnung Anspruch auf eine Impfung mit diesem Vakzin, wenn Ärzte die Impfung als medizinisch notwendig erachten.

Eine weitere neue Vorgabe des Gesundheitsministeriums ist, dass bei der Abrechnung angegeben werden muss, an welche spezifische Virusvariante der Impfstoff angepasst wurde. Die bisherige Einteilung nach „angepasst“ und „nicht angepasst“ genügt dieser Anforderung nicht mehr. Daher wurden nun separate Pseudoziffern für die BA.1-angepassten Impfstoffe von Biontech/Pfizer und Moderna eingeführt. Die bisherigen Ziffern für „angepasst“ für den BA.4-5-Impfstoff beider Hersteller bleiben bestehen.

Eine komplette Übersicht zu den Pseudoziffern finden Sie auf der Homepage der KBV: www.kbv.de/html/50987.php

4 Grippeimpfung ab 60 jetzt ausschließlich mit Hochdosis-Impfstoff

Seit 2021 empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) Personen ab 60 Jahren, sich mit dem Hochdosis-Impfstoff impfen zu lassen, da diese bei älteren Menschen eine höhere Wirksamkeit zeigt.

Nun hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) diese Empfehlung der STIKO übernommen, so dass Patienten ab 60 Jahren seit dem 2. Quartal nur noch den Hochdosis-Influenzaimpfstoff in der Praxis erhalten können. Bislang konnte diese Patientengruppe zwischen den verfügbaren Grippeimpfstoffen wählen, seit dem 1. April ist dies nicht mehr möglich. Nur in Ausnahmefällen, wenn beispielsweise der Hochdosisimpfstoff nicht verfügbar ist, kann auch der herkömmliche Influenzaimpfstoff verabreicht werden.

Durch die Neuregelung befürchtet die KBV, dass die Impfquote in dieser Altersgruppe abnehmen könnte, wenn Patienten keine Wahlfreiheit mehr haben. Weiterhin führt die KBV die Sorge an, dass einige Patienten den Hochdosis-Impfstoff aufgrund möglicher stärkerer Nebenwirkungen ablehnen könnten.

5 Substitutionstherapie neu mit Telemedizin-Option

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat ihre Richtlinie zur substitutionsgestützten Behandlung von Menschen mit Opioid-Abhängigkeit aktualisiert. Diese Änderungen wurden im Zuge von Erleichterungen während der Corona-Pandemie in die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) aufgenommen.

Die novellierte Richtlinie ermöglicht es Substitutionsärzten, telefonische oder Video-Konsultationen für die Verschreibung von Substitutionsmedikation zu nutzen. Die sogenannte Take-home-Verordnung kann nun grundsätzlich nach einer solchen Konsultation ausgestellt werden, erfordert jedoch einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt innerhalb von 30 Tagen. Die Voraussetzungen und Dokumentation für die Eignung des Patienten für die Take-home-Regelung bleiben unverändert. In begründeten Fällen kann eine Verordnung für bis zu 30 Tage erfolgen.

Des Weiteren wurde die bisherige „Zwei-Tage-Regelung“ gelockert, sodass Patienten, die sich in einem Substitutionsprogramm befinden, das Substitutionsmittel nun für bis zu sieben aufeinanderfolgende Tage zur eigenverantwortlichen Einnahme erhalten können.

Die Richtlinie erweitert auch den Personenkreis, der die Medikamente überlassen darf, um medizinisches, pharmazeutisches und pflegerisches Personal. In begründeten Fällen, in denen die Abgabe anderweitig nicht gewährleistet werden kann, dürfen sie die Medikamente überlassen, nachdem sie vom Arzt instruiert wurden.

6 Formlose Bescheinigung für Krankenhausbegleitung – über die Ziffer 01615

Ab Juli können Ärzte und Psychotherapeuten eine formlose Bescheinigung für Menschen mit Behinderungen ausstellen, die aus medizinischen Gründen eine Begleitperson während einer stationären Behandlung benötigen. Diese Bescheinigung ist bis zu zwei Jahre lang gültig.

Hintergrund ist die neue Krankenhausbegleitungs-Richtlinie des G-BA. In bestimmten Fällen haben Begleitpersonen Anspruch auf Krankengeld. Die endgültige Feststellung und Entscheidung über die Mitaufnahme trifft der Krankenhausarzt. Die erforderlichen Bescheinigungen für die Begleitperson werden im Krankenhaus ausgestellt, um den Arbeitgeber oder die Krankenkasse zu informieren.

Ärzte und Psychotherapeuten können die Bescheinigung auf zwei Arten ausstellen:

- Entweder geben sie dies bei geplanten stationären Eingriffen auf dem Ordnungsformular für eine Krankenhausbehandlung an (Muster 2). In diesem Fall ist keine gesonderte Vergütung vorgesehen, da sie Teil der Versicherten- und Grundpauschalen sind.
- Alternativ kann, unabhängig von einer Einweisung ins Krankenhaus, eine formlose Bescheinigung im Voraus ausgestellt werden. Diese Bescheinigung ist bis zu zwei Jahre gültig und wird über die neue Ziffer 01615 abgerechnet. Die formlose Bescheinigung muss ein medizinisches Kriterium oder eine vergleichbare Schädigung / Beeinträchtigung enthalten.

Ziffer	Beschreibung	Wert
01615	Feststellung der medizinischen Notwendigkeit einer Mitaufnahme einer Begleitperson im Vorfeld einer nicht geplanten Krankenhausbehandlung und formlose Bescheinigung einmal im Krankheitsfall	3,45 €

Für die Praxis

Da es sich um eine neue Leistung handelt, wird die Ziffer 01615 für die nächsten zwei Jahre extrabudgetär vergütet und unterliegt keiner Mengenbegrenzung. Mit der neuen Leistung wurde auch die Kostenpauschale 40142, die für die Erstellung bestimmter Bescheinigungen in freier Form verwendet werden kann, erweitert. Die Kostenpauschale kann jedoch nur für eine einzige Seite berechnet werden. Dies bedeutet konkret: Die Vorab-Bescheinigung der erforderlichen Klinikbegleitung bringt einmal im Krankheitsfall in Summe 4,95 Euro.



7 Telefonische AU-Bescheinigung nun auch bei Absonderung möglich

Seit dem 1. April können Praxen die Porto-Pauschale für den Versand einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) an den Patienten auch nach einem telefonischen Kontakt abrechnen. Bisher galt dies nur für Videosprechstunden.

Die Ausstellung einer AU per Telefonkontakt ist jedoch derzeit nur möglich, wenn der Patient einer Absonderungspflicht unterliegt, beispielsweise bei einer Infektion mit Affenpocken. Diese Ausnahmeregelung wurde vom G-BA festgelegt und in der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie angepasst.

Ziffer	Beschreibung	Wert
40128	Versand einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an den Patienten auch nach einem telefonischen Kontakt	0,86 €

8 Glukosemessung mit Real-Time-Messgerät – Abrechnungsbestimmungen angepasst

Ab dem 1. Juli 2023 gelten für die Anleitung von Patienten zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgeräts zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (rtCGM) neue Abrechnungsbestimmungen. Die Ziffern 03355, 04590 und 13360 werden in der Abrechnungshäufigkeit reduziert und auch der Zeitraum wird begrenzt.

Der Bewertungsausschuss hat die Anzahl der Abrechnungen von bisher zehn auf sieben im Krankheitsfall reduziert. Zusätzlich können die Ziffern nur noch in höchstens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen in Verbindung mit der ersten Verordnung eines rtCGM-Systems oder einem Wechsel zu einem anderen System, abgerechnet werden.

Gut zu wissen

Die Änderungen erfolgten, um sicherzustellen, dass die Schulung im Zusammenhang mit der Verordnung und besonders vor der ersten Anwendung stattfindet. Ein rtCGM-System muss nicht im selben Quartal wie die Durchführung und Abrechnung der Ziffern 03355, 04590 oder 13360 verordnet werden, dies kann auch im vorherigen Quartal erfolgen.

9 Testzeitpunkt auf Hepatitis B in der Schwangerschaft wird vorgezogen

Schwangere Frauen sollen künftig bereits zu Beginn der Schwangerschaft auf Hepatitis B getestet werden, das hat der G-BA beschlossen. Bisher war das Screening nach der 32. Schwangerschaftswoche vorgesehen. Eine entsprechende Änderung der Mutterschafts-Richtlinien folgt.

Diese Entscheidung basiert auf wissenschaftlichen Erkenntnissen, die ein frühzeitiges Hepatitis-B-Screening empfehlen. Die angepasste S3-Leitlinie „Hepatitis-B-Virusinfektion – Prophylaxe, Diagnostik und Therapie“ vom Juni 2021 empfiehlt das Screening zu Beginn der Schwangerschaft, um gegebenenfalls eine Therapie im ersten Trimester oder idealerweise vor der 28. Schwangerschaftswoche zu beginnen.

Hintergrund

Seit 1994 gilt ein generelles HBsAg (Hepatitis B surface antigen) – Screening. Um möglichst alle Schwangeren mit Hepatitis-B-Infektionen bis zur Geburt zu erfassen, wurde bis dato der Hepatitis-B-Test nahe am Geburtstermin durchgeführt. Neuere Forschungsergebnisse zeigen jedoch, dass bereits im Mutterleib ein Übertragungsrisiko besteht. Eine frühzeitige Entdeckung einer möglichen Hepatitis-B-Infektion der Mutter ist daher wichtig, um eine antivirale Therapie während der Schwangerschaft durchführen zu können. Die serologische Untersuchung der Mutter zu Beginn der Schwangerschaft entfällt, wenn Immunität nachgewiesen werden kann. Ist das Testergebnis positiv, sollte das Neugeborene unmittelbar nach der Geburt sowohl aktiv als auch passiv gegen Hepatitis B immunisiert werden.

Für die Praxis

Mit der Neuregelung wird auch das Mutterpass-Formular entsprechend aktualisiert, der aktuelle Mutterpass behält jedoch seine Gültigkeit. Ärzte und Hebammen, die den noch nicht aktualisierten Mutterpass verwenden, werden gebeten, die bisherige Angabe zur Untersuchung auf Hepatitis B in der 32.-40. Schwangerschaftswoche manuell auf den neuen Untersuchungszeitraum zu ändern.

10 Zweitmeinung ab jetzt je nach Indikation bzw. Seite berechnungsfähig

Bei einem Zweitmeinungsverfahren kann die Ziffer 01645 zur Aufklärung und Beratung ab dem 1. Juli mehrmals im Krankheitsfall abgerechnet werden. Diese Regelung gilt, wenn ein Patient innerhalb eines Jahres aufgrund verschiedener Indikationen operiert werden soll. Zusätzlich kann die Beratung für paarige Organe oder Körperteile je Seite abgerechnet werden.

11 Vier neue Ziffern für Kryokonservierung von Ovarialgewebe

Ab dem 1. Juli werden im EBM neue Leistungen für die Kryokonservierung von Ovarialgewebe eingeführt. Damit übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen, unter bestimmten Voraussetzungen, die Kosten auch für dieses Verfahren. Das Einfrieren von Ei- und Samenzellen sowie von männlichem Keimzellgewebe wird bereits von den Krankenkassen erstattet.

Im vergangenen Jahr hat der G-BA die Richtlinie zur Kryokonservierung um die Methode des Einfrierens von Ovarialgewebe erweitert, um die Fruchtbarkeit bei keimzellschädigenden Therapien zu erhalten. Diese Möglichkeit bietet den Vorteil, dass die z. T. belastende Stimulationsbehandlung für die Gewinnung von Eizellen unterbleiben kann.

Nun hat der Bewertungsausschuss die Vergütung für diese Leistungen festgelegt, die ausschließlich von Reproduktionsmedizinern abgerechnet werden können. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär.

Ziffer	Beschreibung	Wert
08622	Reproduktionsmedizinische Beratung und Aufklärung im Zusammenhang mit der Kryokonservierung von Ovarialgewebe 3 x im Krankheitsfall, mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit 4 x im Krankheitsfall Hinweis Die Ziffer ist sowohl vor der Entnahme von Ovarialgewebe als auch vor dem Auftauen des Ovarialgewebes berechnungsfähig.	14,71 €
08642	Aufbereiten und Untersuchung von Ovarialgewebe nach Entnahme zur Kryokonservierung	139,05 €
08643	Aufbereiten und Einfrieren von Ovarialgewebe	141,81 €
08649	Auftauen und Aufbereiten von Ovarialgewebe zwecks Wiederherstellung der Empfängnisfähigkeit Hinweis Die Abrechnung der Ziffer setzt die Durchführung einer Beratung nach 08622 im selben Krankheitsfall voraus.	100,67 €

12 Entzug der DMP-Zulassung für das strukturierte Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)

Das Bundesamt für soziale Sicherung (BAS) hat Zulassungsprüfungen für DMP-Schulungsprogramme durchgeführt. Dabei wurde festgestellt, dass das Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP) nicht mehr den aktuellen Anforderungen entspricht und nicht mehr angeboten werden darf. Dieses muss nun angepasst werden, bevor es wieder für die Versorgung zur Verfügung steht.

Für die Praxis

Anstelle des HBSP sollte ein alternatives Hypertonie-Schulungsprogramm für die DMP-Schulungen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und 2 verwendet werden. Für Patienten mit einer KHK steht in vielen KVn das Cardio-Fit-Schulungsprogramm zur Verfügung.

13 Knappschaft – Vergütungen für U-Untersuchungen zum 1. April angehoben

Zum 1. April haben sich die Vereinbarungen für die Untersuchungen zur Früherkennung bei Kindern und Jugendlichen (U10, U11, J2) mit der Knappschaft geändert. Dies geschah, um den gesetzlichen Vorgaben des Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsförderung (GPVG) zu entsprechen. Die Änderungen betreffen die Teilnahmeerklärungen, die nun aktualisiert wurden.

Zudem wurde vereinbart, dass die U-Untersuchungen und die J2-Untersuchung höher vergütet werden.

Ziffer	Beschreibung	Wert ALT	Wert NEU
81102	Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der U10	53,00 €	57,00 €
81120	Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der U11	53,00 €	57,00 €
81121	Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der J2	53,00 €	57,00 €

14 DiGA zanadio® jetzt auch für Männer – Hersteller meldet Insolvenz an

Zum 20. März wurde die Zulassungseinschränkung der App zanadio® auf Patientinnen vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgehoben. Somit können nun auch Patienten von dieser digitalen Gesundheitsanwendung profitieren. Zanadio® bietet eine digital angeleitete Therapie zur Behandlung von Adipositas an, basierend auf den aktuellen S3-Leitlinien.

Außerdem können nun auch Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie die Verlaufskontrolle und die Auswertung dieser DiGA abrechnen.

Parallel zu der erweiterten Zulassung musste der Hersteller der DiGA Aidhere Insolvenz anmelden. Er verhandelte seit Mitte des vergangenen Jahres mit dem GKV-Spitzenverband über einen neuen Erstattungsbetrag. Da diese Verhandlungen scheiterten, legte die zuständige Schiedsstelle die neue Vergütung fest. Derzeit ist zanadio® im DiGA-Verzeichnis des BfArM mit einem Herstellerpreis von 218 Euro gelistet, während er bei der Markteinführung fast 500 Euro betrug. Nun steht Aidhere vor erheblichen Rückzahlungen, da der neue Erstattungsbetrag rückwirkend ab Oktober 2021 gilt.

Im vergangenen Jahr geriet bereits der Anbieter Newsenselab, der die Migräne-App M-Sense anbot, aus dem gleichen Grund in die Insolvenz.

Für die Praxis

Für die Patienten ändert sich vorerst nichts, da die Anwendung weiterhin ohne Einschränkungen verfügbar und verschreibungsfähig bleibt.

15 Gebühren der Unfallversicherung steigen linear in den kommenden 5 Jahren, erste Erhöhung um 5 %

Die KBV hat bei der gesetzlichen Unfallversicherung (UV-GOÄ) eine lineare Honorarsteigerung über fünf Jahre ausgehandelt. Die erste Erhöhung um fünf Prozent erfolgt bereits zum 1. Juli. In den folgenden vier Jahren werden die Gebühren dann entsprechend der Grundlohnsummenentwicklung angehoben, maximal aber um fünf Prozent pro Jahr. Diese Erhöhung erfolgt nun jährlich – immer zum 1. Juli.

Die Anpassungen gelten für alle Leistungen, die im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung erbracht werden. Ausgenommen sind Bereiche, die separat mit anderen Berufsgruppen, wie Psychotherapeuten verhandelt werden sowie bestimmte PCR-Tests.

16 Mikrobiologische Diagnostik: Neue Ziffern ab Juli im EBM

Ab 1. Juli gelten im EBM drei neue Ziffern für die mikrobiologische Diagnostik. Im Rahmen der frühen Nutzenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses wurden die Fachinformationen zu den Arzneimitteln Livtency® und Roctavian® geprüft. Im Ergebnis ergab sich daraus Anpassungsbedarf im EBM, welchen der Bewertungsausschuss jetzt umgesetzt hat.

Ziffer	Beschreibung	Wert
32674	Untersuchung auf Antikörper gegen das Adeno-assoziierte Virus (AAV)	40,00 €
32818	Bestimmung der CMV-DNA-Konzentration	44,50 €
32820	genotypische CMV-Resistenztestung	260,00 €

17 Verordnung von medizinischem Cannabis – Konkretisierungen zum Genehmigungsvorbehalt

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das Anwendungs- und Genehmigungsverfahren zur Verordnung von medizinischem Cannabis konkretisiert. Der Beschluss ist vom BMG nicht beanstandet worden und damit zum 30.06.2023 in Kraft getreten.

Unverändert gilt die Genehmigungspflicht durch die Krankenkassen bei Erstverordnung von Cannabisprodukten. Konkretisiert wird diese Regelung ab sofort durch zwei Ausnahmen:

- Cannabisverordnungen im Rahmen der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) bedürfen grundsätzlich keiner Genehmigung.
- Im Rahmen der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV) besteht zwar eine Genehmigungspflicht, allerdings wurde die Prüffrist der Krankenkassen hier auf nur drei Tage festgelegt.

Mit dem sogenannten Arzneimittel-Lieferengpass-Gesetz wird der G-BA beauftragt, Fachgruppen und ärztliche Qualifikationen zu regeln, bei denen der Genehmigungsvorbehalt für Cannabis-Verordnungen grundsätzlich ebenfalls entfallen kann.

Quellen:

www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1116/

www.g-ba.de/themen/arzneimittel/arzneimittel-richtlinie-anlagen/faq-medizinisches-cannabis/



WAS GIBT'S NEUES?

REGIONALE KV-REGELUNGEN AB 01.07.2023



BADEN-WÜRTTEMBERG

COPD - Selektivvertrag IKK, HEK und neu DAK ab 01.07.23

Der Vertrag zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von Patienten mit einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) wurde neben IKK und HEK zum 1. Juli 2023 ebenfalls mit der DAK geschlossen.

Ziel ist es, die COPD frühzeitig zu diagnostizieren und zu therapieren, sowie den Verlauf der Erkrankung durch sekundär- und tertiärpräventive Maßnahmen positiv zu beeinflussen. Dabei spielen Hausärzte eine zentrale Rolle. Sie koordinieren und führen die Früherkennungsuntersuchungen durch, zudem sollen regelmäßige Schulungsprogramme bei bereits bestehender COPD angeboten werden. Teilnahmeberechtigt sind daher alle Hausärzte sowie Pneumologen, Pulmologen, Fachärzte für Lungen- und Bronchialheilkunde sowie Fachärzte für Innere Medizin mit dem Nachweis einer mindestens zwölfmonatigen Weiterbildung in einer pneumologischen Abteilung mit Weiterbildungs-ermächtigung. Als apparative Voraussetzung ist die Spirometrie vorzuhalten.

Die Verträge der Krankenkassen beinhalten jeweils unterschiedliche Module. Der neue Vertrag mit der DAK-Gesundheit bietet ein reines hausärztliches Versorgungsmodul, wobei die Überweisung zum Facharzt bei Bedarf geregelt ist. Der Vertrag der IKK und HEK beinhaltet zusätzliche Module für die Weiterbetreuung durch einen Facharzt.

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

KV BE **BERLIN**

Das Honorar für 2023 steht fest

Seit dem Herbst des vergangenen Jahres befand sich die KV Berlin mit den Krankenkassenverbänden in Verhandlungen über die Honorare für das Jahr 2023. Nun steht das Honorar fest!

Folgende Neuerungen gibt es:

- Die förderungswürdigen Leistungen wurden auf die Magenspiegelung (Ziffer 13400) erweitert, die Diagnostik erhält einen zusätzlichen Punktwertzuschlag von 3 Cent. Hausbesuche, Allergologie, Schmerztherapie und Sehschule bleiben bis 2024 förderungswürdige Leistungen.
- In den weniger gut versorgten Bezirken wie Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf und Treptow-Köpenick werden die Zuschläge zur Niederlassungsförderung für Hausärzte, Kinderärzte, Augenärzte und Gynäkologen beibehalten. Darüber hinaus wird ein zusätzlicher extrabudgetärer Zuschlag von 3 Cent auf den Punktwert (vorher 2 Cent) auf die MGV-Leistungen erhoben.
- Zudem werden die Wegepauschalen für Hausbesuche um 3,45 Prozent erhöht.

Quelle: www.kvberlin.de/fuer-praxen/aktuelles/praxis-news/detailansicht/pn230608

KV BR **BRANDENBURG**

Überweisungssteuerung - DAK Vertrag gekündigt

Zum 30. Juni 2023 endete der Vertrag zur Überweisungssteuerung mit der DAK Gesundheit. Abrechnungen für die sogenannten „A- und B-Überweisungen“ über die Pseudoziffern 93480A, 93481A, 93480B, 93481B sowie 93483, für die Einschreibung, sind daher nur noch bis Ende Juni 2023 möglich.

Quelle: www.kvbb.de/praxis/aktuelles/news-detail/meldung-default-501ae301fe738e35dafdc3a0aeb8e97

Behandlung bei Kindern mit Atemwegserkrankungen

Am 31. März 2023 wurde eine Ergänzung zum Honorarverteilungsmaßstab (HVM) von der Vertreterversammlung beschlossen. Diese Ergänzung betrifft die neue Regelung des BMG zum unvorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfs aufgrund akuter Atemwegserkrankungen bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr. Die Kennzeichnung betroffener Kinder erfolgte über die Ziffer 01110.

Im vierten Quartal 2022 wird die Leistung voll vergütet, jedoch kann es in 1/2023 zu einer Quotierung von Seiten der KV kommen, falls die Leistungsmenge das festgelegte Finanzvolumen überschreitet.

Quelle: www.kvbb.de/praxis/aktuelles/news-detail/meldung-honorarverteilung-iv2022-und-i2023-ergaenzt



hkk – Beitritt zu Verträgen Begleiterkrankungen Hypertonie und Diabetes

Zum 1. April ist die hkk zwei Verträgen der KV Bremen beigetreten. Hierbei handelt es sich um den Vertrag „Begleiterkrankungen der Hypertonie“ und „Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus“. Bisher galt der Vertrag für Patienten, die bei der DAK, TK sowie KKH versichert sind.

Der Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie zielt darauf ab, Gefäßerkrankungen und Nierenkrankheiten bei Patienten mit Hypertonie frühzeitig zu diagnostizieren und zu behandeln. Teilnahmeberechtigt sind alle Hausärzte und hausärztlich tätige Internisten.

Der Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus zielt darauf ab, Nervenerkrankungen, Störungen der Harnblasenfunktion, Gefäßerkrankungen, Lebererkrankungen und Nierenkrankheiten bei Patienten mit Diabetes mellitus frühzeitig zu diagnostizieren und zu behandeln. Alle Hausärzte, hausärztliche Internisten, Internisten und Pädiater können teilnehmen.

Quelle: www.kvhb.de/praxen/nachrichten/detail/hkk-tritt-zwei-selektivvertraegen-der-der-kv-bremen-bei

Selektivvertrag - Adenotomie- und Paukenröhrchen-OP für AOK-Versicherte abrechenbar

Vom 1. April bis 31. Dezember 2023 können Adenotomie- und Paukenröhrchen-Operationen für Kinder und Jugendliche, die bei der AOK Bremen/Bremerhaven versichert sind, im Rahmen des ADOQ-Vertrages abgerechnet werden.

Quelle: www.kvhb.de/praxen/nachrichten/detail/adenotomie-und-paukenroehrchen-op-fuer-aok-versicherte-abrechenbar

01641 - Aktualisierung Notfalldatensatz quartalsweise ansetzen

Die Ziffer 01641 dient der Überprüfung und Aktualisierung des Notfalldatensatzes (NFDM) und wird als Zuschlag zu allen Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt vergütet.

Um die Nutzung der NFDM-Anwendung gegenüber der KV Bremen nachzuweisen, ist die Ziffer einmal pro Quartal in einer beliebigen Abrechnung anzusetzen, andernfalls kann diese nicht automatisch zu allen weiteren Behandlungsfällen hinzugefügt werden.

Quelle: www.kvhb.de/praxen/nachrichten/detail/gop-01641-als-nachweis-ueber-nfdm-nutzung-muss-pro-quartal-angesetzt-werden

KV HB BREMEN (Fortsetzung)

„verfristete“ U4 bis U9 – Begründung immer mit angeben

Krankenkassen im Land Bremen akzeptieren die Abrechnung von „verfristeten“ Vorsorgeuntersuchungen U4 bis U9 nur dann außerhalb des Toleranzzeitraums, wenn eine Begründung hinter der Vorsorge-Ziffer mit angegeben wird.

Beispiel: 01718 (Erinnerungsschreiben nach Kindeswohlgesetz).

Quelle: www.kvhb.de/praxen/nachrichten/detail/bei-verfristeten-u4-bis-u9-immer-begruendung-angeben

KV HE HESSEN

Korrektur der Abrechnung – auf Antrag bis sechs Wochen nach Ende des Quartals möglich

Sollte eine bereits abgegebene Abrechnung nachträglich von der Praxis zu korrigieren sein, bietet die KV Hessen zwei Möglichkeiten:

1. Innerhalb von zehn Kalendertagen auf das Schreiben „Information zu vorgesehenen Korrekturen der Abrechnung“ reagieren und die gewünschten Änderungen mitteilen.
2. Ist die Frist bereits abgelaufen, kann beim Team „Antragsverfahren“ ein Korrekturantrag gestellt werden. Diese Möglichkeit besteht innerhalb der ersten sechs Wochen, nach Ende des Abrechnungsquartals.

Generell ist eine nachträgliche Korrektur der Abrechnung auch für ältere Abrechnungsquartale möglich, wenn abgerechnete Leistungen entfernt werden sollen. Fehler, die zu unberechtigter Honorierung geführt haben, können jederzeit berichtigt werden. Auch in diesem Fall ist ein Antrag beim Team für Antragsverfahren zu stellen.

Quelle: Auf den Punkt Nr. 2 / Mai 2023



MECKLENBURG-VORPOMMERN

Ergänzende Hautkrebsvorsorge BARMER – Vergütung angepasst und neue Einschreibeziffer

Seit April 2023 wird die ergänzende Hautkrebsvorsorge mit der BARMER über die Pseudoziffer 99070 mit 29,07 Euro vergütet. Des Weiteren müssen die Teilnahmeerklärungen nicht mehr versendet werden, sondern verbleiben nach Unterzeichnung und Einwilligung in der Patientenakte.

Die Vertragsteilnahme eines Patienten ist mit der Pseudoziffer 93106 zu kennzeichnen, was eine Abrechnungsvoraussetzung und Dokumentation darstellt.

Quelle: Journal April 2023

Kooperationsvereinbarung zwischen Ärzten und Jugendämtern zum Kinder- und Jugendschutz

Zum 1. April 2023 haben Ärzte und Psychotherapeuten in Mecklenburg-Vorpommern eine Kooperationsvereinbarung mit den Jugendämtern geschlossen, um die Versorgung von gefährdeten Kindern und Jugendlichen zu verbessern. Mecklenburg-Vorpommern ist das erste Bundesland mit einer solchen Vereinbarung. Sie basiert auf dem neuen § 73c im SGB V, der eine engere Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Ämtern im Kinder- und Jugendschutz ermöglicht und die vertragsärztliche Versorgung der betroffenen jungen Patienten fördert.

Die Kooperationsvereinbarung soll im Verdachtsfall die Arbeit erleichtern und niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten entlasten.

Quelle: www.kvmv.de/mitglieder/recht-vertraege/vertraege/kindeswohlgefaehrdung.html

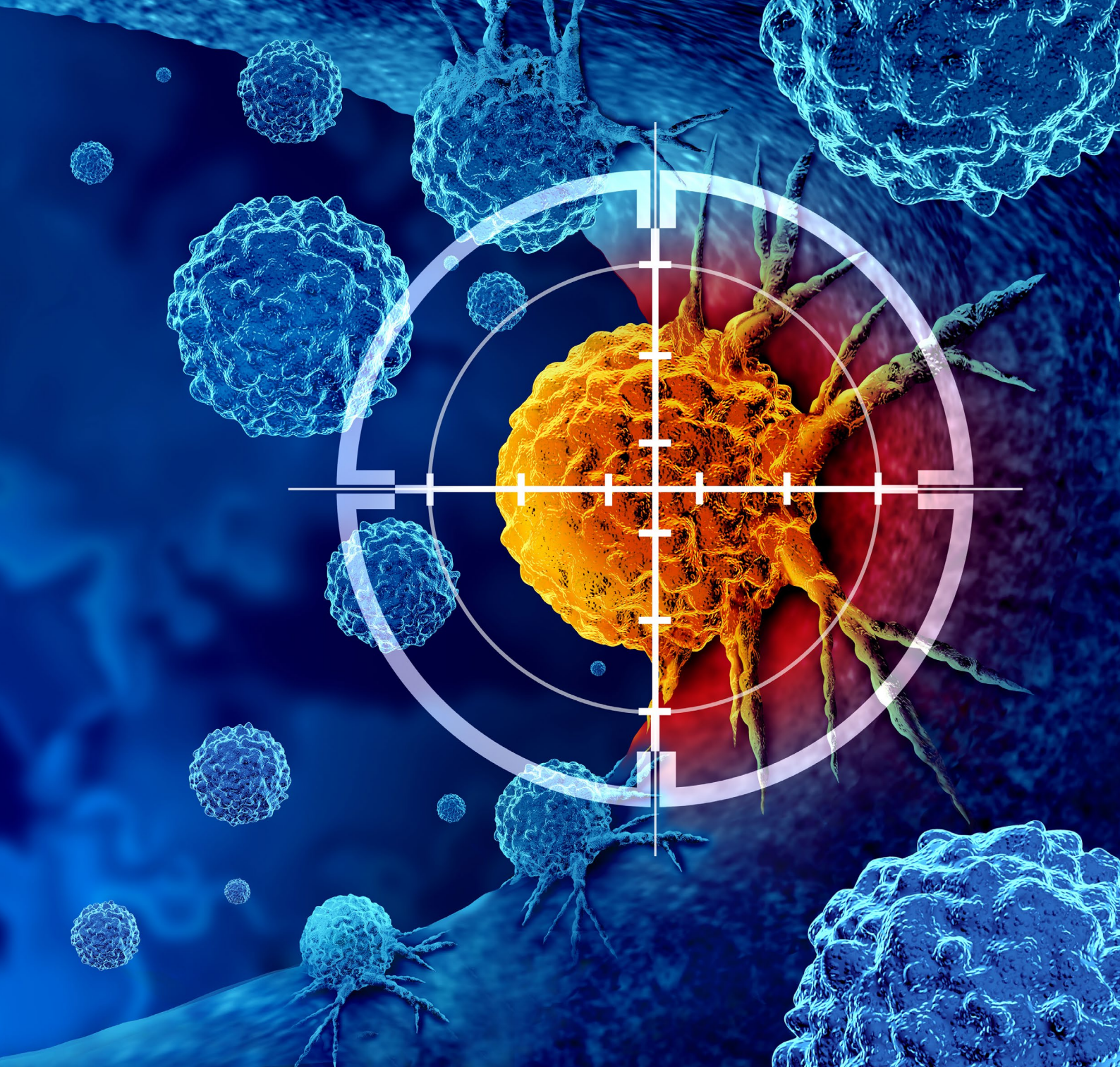


NIEDERSACHSEN

Smart-Ereignis-Rekorder BIG direkt gesund (IKK) beigetreten

Die BIG direkt gesund ermöglicht Patienten bei Synkope und/oder Herzrhythmusstörungen nun die Untersuchung mit smarten EKG-Sensoren. Diese Smart-Ereignis-Rekorder stellen eine kosteneffiziente Alternative zu implantierbaren Eventrekordern dar und ermöglichen eine ambulante Diagnostikmethode für Langzeit-EKG-Messungen (bis zu 14 Tage). Teilnehmen können Kardiologen, mit einer Genehmigung zur Doppler-/Echokardiographie.

Quelle: Rundschreiben Mai 2023





VorsorgePlus TK, KKH und HEK: Neuer Vertrag fördert hausärztliche Vorsorgeleistungen

Der neue Vertrag VorsorgePlus zielt darauf ab, Patienten mit definierten chronischen Erkrankungen frühzeitig zu versorgen, um Komorbiditäten und Folgeerkrankungen hinauszuzögern oder gar zu verhindern.

Die frühzeitige Diagnostik soll bei folgenden Erkrankungen erfolgen:

- Demenz
- Eisenmangel bei Herzinsuffizienz
- Respiratorische Insuffizienz bei COPD
- Periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK)
- COPD bei vorbestehendem Asthma

Werden im Rahmen der Früherkennung eine Begleit- und/oder Folgeerkrankung diagnostiziert, sind intensive Gespräche zur Krankheitsbewältigung und Unterstützung hinsichtlich Lebensstilveränderungen vorgesehen. Dazu dienen auch kostenlose und therapieunterstützende Gesundheits-Apps (keine DiGA). Teilnehmen können alle Hausärzte in Nordrhein. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär und beträgt für maximal acht Quartale jeweils 20 Euro für die Früherkennung sowie eine möglicherweise anschließende Nachsorge.

Quelle: www.kvno.de/aktuelles/aktuelles-detail/nachricht/neuer-vertrag-foerdert-hausaerztliche-vorsorgeleistungen

Gruppenangebote für Kinder und Jugendliche bis Ende 2023 verlängert

Die KV Nordrhein hat gemeinsam mit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-psychiatern ein niedrigschwelliges therapeutisches Gruppenangebot entwickelt, um gezielt jüngeren Menschen bei der Bewältigung der psychosozialen Belastungen der Corona-Pandemie zu helfen.

Das Angebot wurde erfolgreich gestartet und nun bereits zum zweiten Mal verlängert. Bis zum 31. Dezember 2023 können Kinder und Jugendliche im Alter von sechs bis 21 Jahren kostenlos an altershomogenen Gruppensitzungen mit drei bis maximal acht Personen teilnehmen. Rund 130 Therapeuten bieten flächendeckend Gruppensitzungen in Nordrhein an.

Quelle: www.kvno.de/aktuelles/aktuelles-detail/nachricht/gruppenangebote-fuer-kinder-und-jugendliche-bis-ende-2023-verlaengert



RHEINLAND-PFALZ

Selektivvertrag Kardioversion - ambulante Kardioversion bei Herzrhythmusstörungen

Die KV RLP, der BKK Landesverband und der Berufsverband niedergelassener Kardiologen haben den Vertrag „Kardioversion“ entwickelt. Ziel ist eine verbesserte Patientenversorgung von der Diagnose bis zur langfristigen Behandlung bei Patienten mit tachykarden Herzrhythmusstörungen und bei denen eine Indikation zur rhythmuserhaltenden Therapie besteht.

Der Vertrag ermöglicht die ambulante elektrische Kardioversion. Teilnehmen können zugelassene Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie. Die Teilnahme ist freiwillig und kann durch eine Teilnahmeerklärung per Fax oder online beantragt werden. Nach Eingang der Erklärung erfolgt eine Bestätigung von Seiten der KV.

Folgende Leistungen werden durch den Vertrag abgedeckt:

Ziffer	Beschreibung	Wert
98400	Anamnese, Risikobewertung, Patienteninformation über diesen Vertrag, Überweisung und Übermittlung der Befunde	40,00 €
98401	Zweitmeinung/Risikobewertung	60,00 €
98402	Elektrische Kardioversion inkl. Monitoring bis zu vier Stunden nach dem Eingriff	350,00 €
98403	Nachuntersuchungen	50,00 €

KV TH THÜRINGEN

Vertrag CARDIO PLUS gekündigt

Der Vertrag CARDIO PLUS zur besonderen Versorgung von kardiovaskulär erkrankten Versicherten wurde von der AOK PLUS zum 30.06.2023 gekündigt. Ab dem 01.07.2023 sind die Abrechnungsziffern 99300 - 99302 (für Hausärzte) sowie 99303 - 99308 (für Kardiologen) nicht mehr gültig.

Quelle: www.kv-thueringen.de/mitglieder/vertraege/vertraege-a-z/c/cardio-plus-thueringen-wird-beendet-zum-30062023

KV SH SCHLESWIG-HOLSTEIN

Neuer Honorarverteilungsmaßstab in Schleswig-Holstein

Für Schleswig-Holstein wurde ein gänzlich neuer HVM geschlossen. Dieser sieht vor, dass die Grund- und Versichertenpauschalen aus dem Punktzahlvolumen herausgelöst und künftig vollständig vergütet werden. Alle anderen Leistungen werden mit einem neuen Punktzahlvolumen abgebildet, wobei ein Restpunktwert von 20 Prozent des Orientierungswerts bei Überschreitung geplant wird.

Mit dieser Reform werden Ärzte, die weniger Patienten pro Quartal behandeln, wahrscheinlich schlechter gestellt als ihre Kollegen mit einer größeren Patientenzahl. Die KV Schleswig-Holstein beschwichtigt, dass der neue HVM keineswegs existenzgefährdend sei. Simulationen deuten darauf hin, dass Hausärzte etwa zwei bis drei Prozent ihrer bisherigen Vergütung einbüßen werden, während die Fachärzte unterschiedliche Einbußen hätten. Diese können zudem auch quartalsweise variieren, wobei es auch Quartale geben wird, in denen kaum etwas spürbar ist.

Quelle: www.kvsh.de/praxis/rechtsvorschriften/honorarverteilungsmaassstab-hvm

Erstes DMP Osteoporose startet in Schleswig-Holstein

Schleswig-Holstein wird als erstes Bundesland ein Disease-Management-Programm (DMP) für Osteoporose einführen. Das dritte Quartal 2023 kann genutzt werden, damit Ärzte einen Genehmigungsantrag stellen und ggf. Schulungsqualifikationen erlangen können.

Ab Oktober können dann alle Patientinnen ab dem 50. Lebensjahr sowie Patienten ab dem 60. Lebensjahr mit einer medikamentös behandlungsbedürftigen Osteoporose in diesem DMP versorgt werden. Die KV schätzt das Potential auf rund 70.000 Patienten.



SCHLESWIG-HOLSTEIN (Fortsetzung)

Hausärzte können als koordinierende Ärzte an diesem DMP teilnehmen, während Fachärzte für Orthopädie sowie Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie die Möglichkeit haben, entweder als koordinierende Ärzte oder als Mitbehandler zu agieren.

Folgende Leistungen sind im Vertrag vorgesehen:

Ziffer	Beschreibung	Wert
99788A	Einschreibepauschale und Erstdokumentation	25,00 €
99788C	Einschreibepauschale und Erstdokumentation, wenn Patient bereits an anderem DMP teilnimmt	15,00 €
99788E	Aufschlag bis Ende 2024	5,00 €
99788B	Folgedokumentation	15,00 €
99788D	Folgedokumentation (Mehrfacheinschreibung)	10,00 €
99788G	Betreuungspauschale	11,00 €
	Betreuungspauschale ab 2025	12,00 €
99788H	Sturzanamnese durch koordinierenden Arzt (halbjährlich)	6,50 €
99788I	Mitbehandlungspauschale für Fachärzte	25,00 €
99788J	Schulung Patientenprogramm Osteoporose	22,50 € je Einheit und Patient

Quelle: www.kvsh.de/fileadmin/user_upload/dokumente/Praxis/Vertraege/DMP/DMP_Osteoporose/Vertragsunterlagen/06_DMP_SH_Osteo_Anlage_6_Verguetung.pdf

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 01.07.2023



BADEN-WÜRTTEMBERG

Vertrag	Alt	Neu
IKK klassik	Pauschale P1 65,00 €	Erhöhung Pauschale P1 auf 72,00 €
	./.	zur Diagnostik und Weiterbehandlung von COPD-Patienten 03330A = 17,50 € ▶ COPD-Screening 03330B = 10,00 € ▶ COPD Weiterbehandlung
AOK	./.	Förderung akademische VERAH oder Physician Assistant 300,00 € / Quartal für maximal 12 Monate nach bewilligten Stipendiums Antrag

Ausblick HzV-Vertrag AOK

Ab Oktober erhalten HzV-Praxen einen Honorarzuschlag für die klimaresiliente Versorgung. Dieser beträgt 8 Euro und wird zur Chronikerpauschale gewährt. Voraussetzung ist der Nachweis einer qualifizierten Schulung zum Thema „Klima und Gesundheit“.

Die vorgesehenen Schulungen können Sie bereits jetzt wahrnehmen. Termine finden Sie unter: www.hausarzt-bw.de/klima-versorgung.

HZV
HE
HESSEN

Vertrag	Alt	Neu
AOK	Psychosomatikzuschlag 1,50 €	Psychosomatikzuschlag 2,00 €
	Präventionszuschlag 20,00 €	Präventionszuschlag 25,00 €
	./.	Impfziffer Gelbfieber 89131X

HZV
NR
NORDRHEIN

Vertrag	Alt	Neu
AOK	./.	einmalige Gesundheitsuntersuchung zwischen dem 18. und 34. Lebensjahr Abrechnungsziffer 01732B <u>Wichtig:</u> Die in Q3/2023 erbrachten Gesundheitsuntersuchungen können erst nach dem Einspielen des Softwareupdates für Q4/2023 abrechnet werden.
	Gesundheitsuntersuchung 35,00 €	Gesundheitsuntersuchung 38,00 €



KOOPERATIONSPARTNER

ABRECHNUNGSTIPPS FÜR DIE PRIVATABRECHNUNG

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

A Individuelle Gesundheitsleistungen, eine Frage der Moral?

In dem AOK-Monitor wird in regelmäßiger jährlicher Abfolge die Offerte seitens der Ärztinnen / der Ärzte, gewisse Leistungen als Selbstzahlerleistungen anzubieten, die medizinisch sinnvoll sind, aber nicht von den gesetzlichen Krankenkassen, evtl. auch nicht von der privaten Krankenversicherung bei Privatpatienten erstattet werden, als unmoralisch und/oder nicht sinnvoll abgelehnt bzw. sehr kritisch betrachtet.

Frage: Um welche Leistungen handelt es sich denn eigentlich, wie sind diese definiert und was ist zu beachten?

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) sind Leistungen, die nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehören und deswegen von den Kassen nicht bezahlt werden. Wenn ein Patient dennoch eine solche Leistung wünscht, muss er vorab von der Praxis ausreichend über die jeweilige IGeL und das verlangte Honorar informiert werden.

Gemäß § 3 des Bundesmantelvertrages für Ärzte (BMV-Ä) **muss** vor jeder IGeL bei Kassenpatienten ein schriftlicher Behandlungsvertrag abgeschlossen werden, der auch die Abrechnungsziffern und -kosten enthält. Mit dem Vertrag wird sichergestellt, dass der Patient zur Zahlung der IGeL verpflichtet ist.

Auch für Privatpatienten empfiehlt sich vor Erbringung einer Leistung, die von den PKVen überwiegend nicht erstattet wird, der Abschluss eines Behandlungsvertrages. Damit wird für den Patienten klar erkennbar, dass seine private Krankenversicherung diese Leistung vermutlich nicht erstatten wird.

Mit dem Abschluss eines schriftlichen Behandlungsvertrags kommen Sie Ihren aus dem Behandlungsvertrag erwachsenden Pflichten der ausreichenden Aufklärung nicht nur der eigentlichen Behandlungsleistung nach, sondern auch der möglichen finanziellen Folgen für den Patienten. Dieser bekommt so Gelegenheit, sich genau zu überlegen, ob er diese Leistung auch unter finanziellen Aspekten in Anspruch nehmen möchte.

ABRECHNUNGSTIPPS FÜR DIE PRIVATABRECHNUNG

Zudem ist zu beachten, dass Leistungen, die auf Verlangen des Patienten erbracht wurden, ohne dass dafür eine medizinische Indikation vorhanden war, als solche auf der Rechnung zu bezeichnen sind (§ 12 Abs. 3 GOÄ). Das gilt für Kassen- wie Privatpatienten. Daraus folgt, dass auf der Rechnung die Gebührenziffer mit dem Zusatz „auf Verlangen“ zu deklarieren ist, damit die Rechnung überhaupt fällig wird.

Frage: Wie muss denn die Vereinbarung über IGeL gestaltet sein, was muss inhaltlich auf jeden Fall vorliegen?

Dazu geben wir Ihnen gerne ein Formblatt an die Hand, dass Sie in Ihrem Praxisbogen integrieren können.

Inanspruchnahme Individueller Gesundheitsleistungen/Wunscheleistungen

Ich, _____

wünsche ausdrücklich die private Behandlung der folgenden außervertraglichen Leistungen.

Es ist mir bekannt, dass meine Krankenversicherung/Beihilfestelle eine ausreichende Behandlung gewährt und vertraglich sichergestellt hat. Mir ist auch bekannt, dass die vereinbarten Leistungen von meiner Krankenversicherung/Beihilfestelle nicht erstattet werden.

Vereinbart werden folgende Leistungen nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ):

Leistung	Anzahl	GOÄ-Nr.	Steigerungssatz	Betrag

Materialkosten: _____

Die Gesamtkosten betragen _____

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Kosten für die private Behandlung von mir selbst zu tragen sind. Von dieser Vereinbarung wurde mir ein Exemplar ausgehändigt.

Ort/Datum Unterschrift Arzt Unterschrift Zahlungspflichtiger/Vertreter

ABRECHNUNGSTIPPS FÜR DIE PRIVATABRECHNUNG

Folgende Bereiche bieten sich als IGeL an, die im Folgenden allgemein dargestellt werden. Die Berechnung der einzelnen Gebührensätze ist abhängig vom medizinisch notwendigen Leistungsspektrum. Die Beispiele sind nicht abschließend.

1. Zusätzliche Vorsorgeleistungen

Intervall-Check, Facharzt-Check, General-Check, Sono-Check

2. Freizeit, Urlaub, Sport, Beruf

Reisemedizinische Beratung/Impfung

Sportmedizinische Beratung, Vorsorge-Untersuchung, Fitness-Test

Eignungsuntersuchung für Reisen, Flugtauglichkeit, Tauchsport etc.

3. Medizinisch-kosmetische Leistungen

besondere Beratungsleistung zu verschiedenen Aspekten (Hauttyp, Haarwuchs, Facelifting, Peeling, Tätowierung, spezielle Tests etc.)

4. Umweltmedizin

Umweltmedizinische Erst- und Folgeanamnese, Wohnraumbegehung, Biomonitoring

5. Psychotherapeutische Angebote

Selbstbehauptungstraining, Stressbewältigung, Entspannungsverfahren,

Biofeedback-Behandlung, Verhaltenstherapien bei Flugangst etc.

6. Alternative Heilmedizin

7. Ärztliche Serviceleistungen

Ärztliche Untersuchungen und Bescheinigungen außerhalb der vertragsärztlichen Pflichten, Überprüfung des intellektuellen und psychosozialen Leistungsnachweises, Diät-Beratung, Raucherentwöhnung, Beratung zur Selbstmedikation, ärztliche Wehrtauglichkeitsprüfung etc.

Auf Wunsch beraten wir Sie gerne, welche konkreten Ziffern bei welcher Leistung ansetzbar sind. Nehmen Sie dazu mit uns Kontakt auf.

B Ernährungsbereitung auf Wunsch des Patienten als Individuelle Gesundheitsleistung

Die zunehmende Übergewichtigkeit der Bevölkerung können Sie sicher auch in Ihrer Praxis Tag für Tag bei Ihren Patienten feststellen.

Bei Ihrer Behandlung ergeben sich daher demnach auch Gespräche, in denen Ihre Patientin / Ihr Patient schon von sich aus Ihren Rat in Anspruch nimmt, um gezielte Maßnahmen ergreifen zu können, die den Gewichtsstatus ändern könnten.

Die sich daraus ergebenden Beratungsleistungen, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen gehören nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung und können daher den GKV-Patienten als Individuelle Gesundheitsleistungen angeboten werden. Da es immer auf den individuellen Einzelfall und deren Behandlungsformen ankommt, haben wir Ihnen beispielhaft die in Frage kommenden Gebührensätze aufgelistet, ohne auf die speziellen Ausschlussbestimmungen der Nebeneinanderberechnung einzugehen.

Folgende Beratungsleistungen kommen in Betracht:

Leistungsziffer	Beschreibung
1	Beratung
3	ausführliche Beratung (Dauer mindestens 10 Minuten)
20	Ernährungsberatung in Gruppen
33	strukturierte Schulung einer Einzelperson (Mindestdauer 20 Minuten)
34	eingehende Erörterung

Folgende Untersuchungsziffern kommen in Betracht, falls medizinisch erforderlich:

Leistungsziffer	Beschreibung
5	symptombezogene Untersuchung
6	Organuntersuchung (Angabe der Organe)
7	Organuntersuchung (Angabe der Organe)
8	Ganzkörperstatus
29	Gesundheitsuntersuchung/Check-Up

ABRECHNUNGSTIPPS FÜR DIE PRIVATABRECHNUNG

Sofern Sie einen Ernährungs-/ Diätplan sowie Behandlungsplan erstellen:

Leistungsziffer	Beschreibung
76	Ernährungs-/Diätplan
78	individueller Behandlungsplan / Unterlagen (analog)

Sofern spezielle diagnostische Maßnahmen medizinisch in Betracht kommen:

Leistungsziffer	Beschreibung
651	EKG
652	Belastungs-EKG
605/605a	Lungenfunktion
410 + 3 x 420	Oberbauchsonographie (Angabe der Organe)
651	Körperfettmessung mittels Bioimpedanzanalyse (BIA), analog

Sofern Sie Übungsbehandlungen anbieten, kommen u. a. folgende Ziffern in Betracht:

Leistungsziffer	Beschreibung
510	Bewegungstherapie
509	Bewegungstherapie in Gruppen

Soweit Sie Ziffern **analog** ansetzen müssen, da es für die Leistung nicht bereits eine Gebührensnummer in der GOÄ gibt, so ist diese Leistung in der Rechnung für den Zahlungspflichtigen verständlich zu beschreiben und mit dem Hinweis „entsprechend“ oder „analog“ zu versehen.

Beachten Sie bitte die **Ausschlussbestimmungen** bei den einzelnen Ziffern, sofern Sie mehrere Ziffern nebeneinander aufgrund Ihrer Behandlung ansetzen wollen. Da aus den o. g. Ziffern viele Kombinationen in Frage kommen, haben wir diese nicht im Einzelnen aufgelistet.

ABRECHNUNGSTIPPS FÜR DIE PRIVATABRECHNUNG

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

info@pvs-suedwest.de

Geschäftsstelle Karlsruhe
Rheinstraße 77a
76185 Karlsruhe

Geschäftsstelle Freiburg
Oltmannsstraße 9
79100 Freiburg

www.pvs-suedwest.de



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

