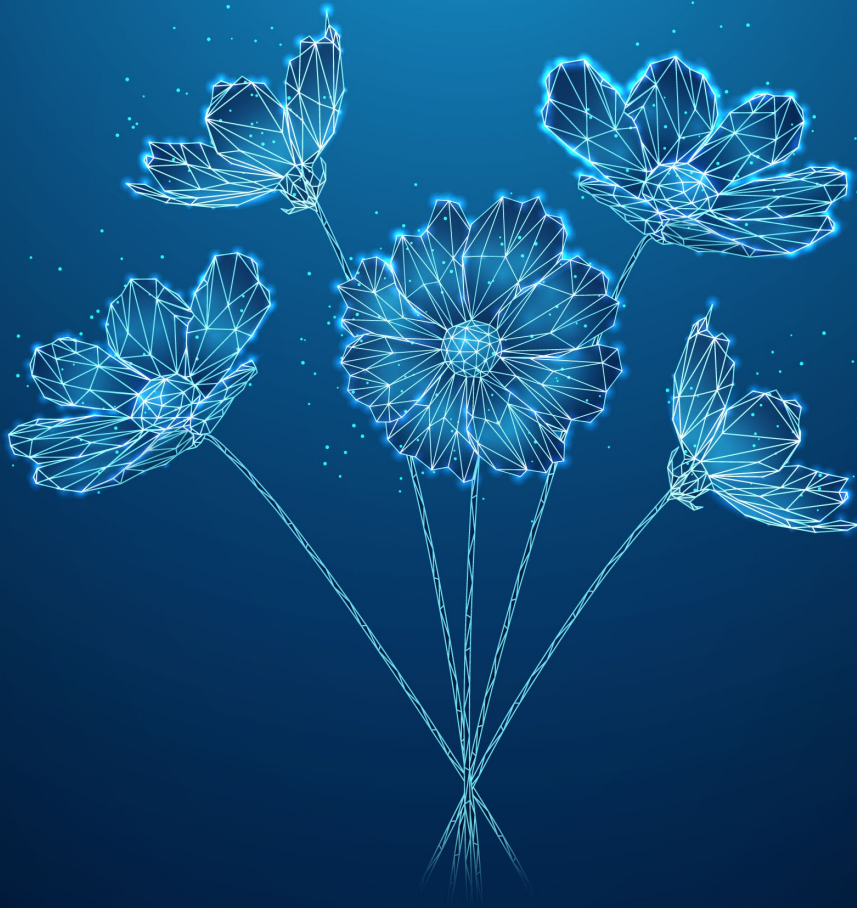


AAC

Magazin



NEUES ZU ABRECHNUNG UND HONORAR AUF EINEN BLICK

AUSGABE 21 – Q2 2024

VORWORT	3
IN EIGENER SACHE	
Bericht aus der Praxis: Arbeiten mit dem AAC-PRAXISNAVIGATOR®	4
Die Patientenkartei im AAC-PRAXISNAVIGATOR®	6
Unsere Fortbildungen für Sie	9
NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK	11
LEISTUNGEN UND VERSORGUNG	12
Kurz für Sie notiert	25
Arzneimittel	26
DIGITALE PRAXIS	28
REGIONALE KV-REGELUNGEN	31
REGIONALE HZV-REGELUNGEN	40
ABRECHNUNGSTIPPS FÜR DIE PRIVATABRECHNUNG	42
IMPRESSUM	47

WILLKOMMEN

KUNDENMAGAZIN DER AAC PRAXISBERATUNG AG

Sehr geehrte Frau Doktor,
sehr geehrter Herr Doktor,

der Protest der Ärzteschaft hat zumindest einen kleinen Erfolg erzielt. Auf dem Krisengipfel am 08.01.2024 im Bundesgesundheitsministerium hat Prof. Lauterbach die Entbudgetierung der Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung, eine Neuregelung der Chronikerversorgung und eine Anhebung der Bagatellgrenze für die Einzelfallprüfung ärztlicher Verordnungen in Aussicht gestellt. Diese Maßnahmen sollen im Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz verankert werden. Das Gesetz soll noch dieses Jahr verabschiedet werden. Die Umsetzung erfolgt erst 2025. Dies bedeutet sowohl für Haus- als auch Fachärzte, dass in diesem Jahr erst einmal die vorhandenen Möglichkeiten effektiv genutzt werden müssen. Es kommt unverändert darauf an, die **Einnahmeseite** zu stärken. Hier stehen extrabudgetäre Umsatzquellen wie z. B. Vorsorgen, DMP, Selektivverträge, offene Sprechstunden, Hausarztvermittlungsfälle, ambulante Operationen im Fokus. Dabei können wir Sie unterstützen!

Auch in dieser Ausgabe möchten wir Ihnen einen Bericht aus dem Alltag einer Praxismanagerin zur Arbeit mit dem AAC-PRAXISNAVIGATOR® und zum erlebten Kundennutzen ans Herz legen.

7 von 10 Kunden entscheiden sich aktuell für den AAC-PRAXISNAVIGATOR®, ein starkes Signal, ein toller Vertrauensbeweis und natürlich auch Ansporn für die kontinuierliche Weiterentwicklung unserer Dienstleistung.

Wir möchten Sie auch auf unsere beiden virtuellen Fortbildungen im April zum Thema „Erfolgsrezepte für Hausarztpraxen“ sowie „Praxiswissen Dokumentation“ aufmerksam machen – Anmeldung auf Seite 9.

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

BERICHT AUS DER PRAXIS

ARBEITEN MIT DEM AAC-PRAXISNAVIGATOR®

Der AAC-PRAXISNAVIGATOR® ist unsere eigenentwickelte Software zum selbstständigen Abrechnungs-Controlling. Mit der intuitiv zu bedienenden Software können Praxen flexibel und selbstbestimmt ihre KV- und HzV-Abrechnung optimal aussteuern.

Wie verändert der Einsatz des Praxisnavigators die Arbeit des Praxisteams und den Versorgungsalltag der Patienten? Welchen Nutzen hat der AAC-PRAXISNAVIGATOR® aus der Sicht der Anwender?

Wir haben Frau **Carola Döbber**, Praxismanagerin der Ärztegemeinschaft Rain in Rain am Lech gefragt. Seit gut einem Jahr ist der Praxisnavigator für die KV- und HzV-Abrechnung der Leistungen für die rund 4.200 Patienten pro Quartal im Einsatz. Wir betreuen diese Praxis seit vielen Jahren.



Wie häufig kommt der Praxisnavigator zum Einsatz?

Nach dem ersten Monat des Quartals erstellen wir die erste Analyse, danach verschaffen wir uns wöchentlich einen Überblick. Wenn es auf das Quartalsende zugeht, nutzen wir den Praxisnavigator zur Aussteuerung der Abrechnung in der Regel täglich.

Wie hat der Praxisnavigator das Abrechnungs-Controlling in der Praxis ansonsten verändert?

Ganz enorm. Früher haben wir mit zwei AAC-Auswertungen pro Quartal gearbeitet. Ich habe versucht, vieles allein zu organisieren und zu kontrollieren. Die Tage vor Abgabe der Abrechnung waren Stress pur. Arbeiten im Akkord, wir mussten häufig Überstunden machen, um die Abrechnung pünktlich abgeben zu können.

Das hat sich jetzt komplett verändert. Durch das Abrechnungs-Controlling im laufenden Quartal, also parallel zum Praxisbetrieb, ist das jetzt alles viel entspannter. Wir können das Abarbeiten der Potential- und Prüflisten zudem auf mehrere Schultern verteilen. So können auch Kolleginnen mit weniger Erfahrung und Fachwissen mitarbeiten und alles geht viel schneller.

Unser Quartalsende ist jetzt mega entspannt – weil das meiste bereits erledigt ist.

Und was hat sich für Ihre Arbeit konkret verändert?

Ebenfalls eine Menge. Ich habe effektiv Zeit gewonnen, die ich jetzt gut in der Steuerung und Versorgung der Patienten einsetzen kann. Welche Patienten müssen einbestellt werden? Bei wem ist mal wieder eine sonographische Befundkontrolle erforderlich? Außerdem nutze ich die Freiräume für die Ausbildung der jüngeren Kolleginnen, die so schneller für mehr Aufgaben einsetzbar sind.

BERICHT AUS DER PRAXIS

ARBEITEN MIT DEM AAC-PRAXISNAVIGATOR®

Wie bewertet das Team die Veränderungen?

Überaus positiv. Durch die jetzt sehr viel häufigeren Controlling-Schritte verändert sich auch das Arbeitsergebnis insgesamt. Wir arbeiten jetzt effektiver, die Fehlerlisten werden kürzer, wir können die Potentiale viel besser ausschöpfen und die Qualität steigt. Das Schöne ist, dass der zeitliche Gesamtaufwand nicht mehr geworden ist. Die Arbeit kann so in den vielen kleinen Schritten viel besser erledigt werden.

Wenn Sie den Nutzen noch einmal für Sie, das Praxisteam und Ihre Chefs auf den Punkt bringen – was wäre Ihnen besonders wichtig?

Ich sehe konkret vier Punkte, die aus unserer Sicht entscheidend sind:

- eine **effektivere Abrechnungskontrolle** – bessere Potentialausschöpfung und eine verbesserte Versorgungsleistung
- eine deutlich **stressfreiere Abrechnung** – keine Arbeitsverdichtung mit Überstunden zum Quartalsende
- eine **effektivere Abrechnungsorganisation** – weniger Arbeitsbelastung für den Einzelnen, das Abrechnungs-Controlling läuft nebenbei mit
- **bessere Nutzung** der knappen **MFA-Kapazität** – mehr Ressourcen für eine effektivere Patientensteuerung

Für unsere Praxis war die Einführung des Praxisnavigators ein echter Segen.

Der Praxisnavigator ist eine Software. Viele haben da erst einmal Bedenken. Wie war das bei Ihnen?

Ja, ich hatte zu Beginn durchaus Bedenken, ob ich mit der Software klarkomme. In meinem Kopf war sofort das Bild, dass ich irgendwo hängen bleibe und allein nicht weiterkomme. Aber das hat sich nach den ersten beiden Trainings schnell gelegt. Das Programm ist wirklich intuitiv und kinderleicht zu bedienen.

Zum Schluss die wichtige Frage – Sie arbeiten selbstständig, aber gibt es noch eine Betreuung?

In den wenigen Fällen einer Fehlermeldung wurde uns umgehend geholfen. Also genau so, wie man es sich wünscht. Wir arbeiten autonom, werden aber trotzdem weiter betreut, mit allen wichtigen Informationen versorgt und zu den Fortbildungen eingeladen. Das gibt einfach ein gutes Gefühl.

70 % der Neukunden entscheiden sich für den AAC-PRAXISNAVIGATOR®

DIE PATIENTENKARTEI IM AAC-PRAXISNAVIGATOR®

Sie arbeiten mit unserem AAC-PRAXISNAVIGATOR® und steuern Ihre KV- und/oder HzV-Abrechnung autark und eigenverantwortlich? Dann kennen Sie die vielen Analysemöglichkeiten, die Sie im Bereich der patientenrelevanten Auswertungen zur Verfügung haben.

- PATIENTENANALYSE
- PATIENTENAUSWERTUNGEN CHECKS und
- PATIENTENKARTEI

Gern stellen wir Ihnen heute die Patientenkartei genauer vor.

Nutzen der Patientenkartei

Mit der Patientenkartei können Sie für das laufende Quartal prüfen, ob für bestimmte Leistungen die notwendigen Diagnosen eingetragen wurden. Somit können Sie eine korrekte Abrechnung sicherstellen, ohne die Befürchtung haben zu müssen, dass Ihnen Leistungen aufgrund fehlender Diagnosen gestrichen werden. Sie sichern damit Ihr Honorar.

Aber auch für den Bereich der Selektivverträge ist die Patientenkartei gut zu nutzen, da mit ihr Patienten ausgewählter Krankenkassen mit bestimmten Diagnosen gefiltert werden können. So haben Sie einen Überblick, welche Patienten für den Selektivvertrag in Frage kommen. Damit haben Sie eine gute Entscheidungsgrundlage, ob sich die Teilnahme an solchen Verträgen seitens des Patientenpotentials lohnt.

Anwendung der Patientenkartei

Die Patientenkartei ist im Reiter „Auswertungen erstellen“ im Bereich „Patientenauswertungen allgemein“ zu finden:

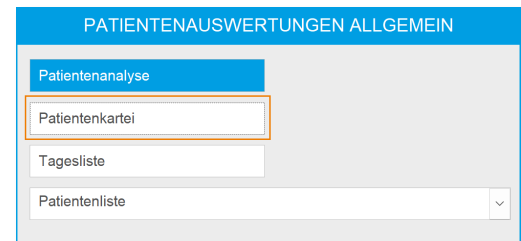
Mit ihr haben Sie die Möglichkeit

- im aktuellen Quartal oder
- über mehrere Quartale (ab Juni 2024 verfügbar)

individuelle Auswertungen zur Prüfung spezifischer Fragestellungen zu generieren.

Dafür können Sie aus verschiedenen Filtern auswählen:

- Alter, Geschlecht oder Krankenkasse der Patienten
- einzelne Abrechnungsziffern oder Kombinationen von Abrechnungsziffern
- einzelne Diagnosen oder Kombinationen von Diagnosen
- einzelne Quartale, Zeiträume innerhalb eines Quartals oder mehrere Quartale in Folge



DIE PATIENTENKARTEI IM AAC-PRAXISNAVIGATOR®

Beispiel für eine Abfrage innerhalb eines Quartals

Sie haben im aktuellen Quartal viele Lungenfunktionen durchgeführt und sind sich unsicher, ob Sie bei allen Patienten eine passende Diagnose eingegeben haben? Das können Sie über die Patientenkartei prüfen.

Dazu wählen Sie das aktuelle Quartal **1** aus, geben z. B. die ICD-Kodes J44 und J45 als nicht eingetragen an **2** und die Ziffer 03330 als abgerechnet **3**. Dann können Sie sich die Patienten über ‚Patientenkartei PDF‘ **4** aufrufen lassen.

Patientenkartei Filter

Filter für Patienten ↔ Filter zurücksetzen Ärzte Quartal auswählen:

Name	<input type="text"/>	03		1/2024
Alter	<input type="text"/> <input type="text"/>	03		4/2023
Geschlecht	Alle <input type="text"/>	01		3/2023
Datum Am/Von 1	01.10.2023			2/2023
Datum bis	31.12.2023			1/2023
Krankenkasse	<input type="text"/>			

Hinweis: Sie können in den grauen Feldern mehrere durch Komma getrennte Werte eingeben = ODER-SUCHE

ICD und und nicht **2**

und - oder innerhalb eines Behandlungstages

GON **3** und und nicht

4

Dateiname: 4-23-_Patientenkartei__03330 automatische Dateinamen-Generierung

DIE PATIENTENKARTEI IM AAC-PRAXISNAVIGATOR®

Das Ergebnis zeigt Ihnen in diesem Fall alle gefundenen Patienten mit allen abgerechneten Leistungen und allen eingetragenen Diagnosen an. Sie können bei den ausgewählten Patienten dann die Kodierung korrigieren oder nachholen, bevor die Abrechnung an die KV übertragen wird.

geb. am 01. (Pat. Nr.)							
Scheinart:		ambulante Behandlung		Scheinuntergruppe:		ambulante Behandlung	
Quartal		4/2023					
Diagnosen: F17.1-Schädlicher Gebrauch von Tabak (G); N39.0-Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet (V); Z00.0-Ärztliche Allgemeinuntersuchung (G); Z01.3-Messung des Blutdrucks (G); Z01.7-Laboruntersuchung (G); Z30.2-Sterilisierung (Z);							
Datum	Ziffer	Bewertung	Zeit	Zeitprofil	Arzt	BSNR	
20.11.2023	03003R	16,05 €	11	Q			
	03020	0,23 €					
	03040	15,86 €					
		32,14 €					
15.12.2023	33042	16,43 €	7	T			
	01734	4,71 €	2	T			
	01480	7,47 €	5	T			
	32880	0,50 €					
	03330	6,09 €	2	T			
	01732	37,46 €	15	T			
		72,67 €					
		104,81 €					

Wird Ihnen kein Ergebnis angezeigt, dann bedeutet dies, dass alle Ziffern mit korrekten Diagnosen abgerechnet wurden. Das ist auch gut zu wissen.

UNSERE FORTBILDUNGEN FÜR SIE

Auch in diesem Quartal bieten wir Ihnen wieder zwei Fortbildungsveranstaltungen an, auf die wir Sie gern aufmerksam machen möchten.

Praxiswissen Dokumentation

➔ Mittwoch, den 17. April 2024 um 17:00 Uhr

Die Dokumentation zum Nachweis einer korrekten Abrechnung wirft in vielen Praxen, ganz unabhängig von der Fachgruppe, immer wieder Fragen auf. Wir zeigen Ihnen anhand zahlreicher Beispiele, wie Prüfungsgremien auf Ihre Dokumentation schauen und wie Sie zeitsparend und fokussiert dokumentieren können.



Erfolgsrezepte für Hausarztpraxen

➔ Mittwoch, den 24. April 2024 um 17:00 Uhr

Der Praxisgewinn steht weiterhin unter Druck. Deshalb sind Konzepte gefragt, wie insbesondere die extrabudgetäre Umsatzsituation optimiert werden kann. Wir wollen Ihnen in dieser Fortbildung bewährte Erfolgsrezepte unserer Kunden zeigen und Sie zur Umsetzung in Ihrer Praxis einladen.



Wenn Sie teilnehmen möchten, hier geht's zu den Anmeldungen:
www.aac-ag.de/fortbildung





NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK

Was ändert sich bei Cannabisverordnungen?

Zum 01. April trat das Gesetz zum kontrollierten Umgang mit Cannabis und zur Änderung weiterer Vorschriften – kurz „Cannabisgesetz“ in Kraft. Die neue Situation im Überblick:

Medizinalcannabis unterliegt nicht mehr dem Betäubungsmittelgesetz.

- Die Verordnung erfolgt als eRezept.
- Ausnahme: der Wirkstoff Nabilon (Canemes®), hier muss weiterhin ein BtM-Rezept ausgestellt werden. Das synthetische Cannabinoid Nabilon weist eine große strukturelle Ähnlichkeit mit Delta-9-Tetrahydrocannabinol auf, dem hauptsächlich rauschbewirkenden Bestandteil der Hanfpflanze.
- Die Genehmigungspflicht durch die Krankenkassen vor Erstverordnung bleibt durchgängig hingegen bestehen.

Wichtiger Hinweis

Das Bundessozialgericht hat in einem Grundsatzurteil die Anforderungen für eine Cannabis-Versorgung noch einmal konkretisiert. Der ausgefüllte Arztfragebogen ist als Antrag für das Genehmigungsverfahren der Krankenkasse für eine Versorgung mit Cannabisblüten ausreichend. Eine Verordnung ist als Voraussetzung für das Genehmigungsverfahren noch nicht erforderlich (BSG, Az.: B 1 KR 24/22 R).

Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG

Der dritte Referentenentwurf zum GVSG liegt vor und für Ende April wird der Kabinettsentwurf erwartet. Mit diesem Gesetz ist unter anderem die Entbudgetierung der Hausärzte sowie eine Neuregelung der Chronikerversorgung vorgesehen. Dies wird erhebliche Auswirkungen auf die hausärztliche Praxis haben. Wir informieren Sie gesondert und ausführlich dazu, sobald das Gesetz durch das Bundeskabinett verabschiedet wurde.

LEISTUNGEN UND VERSORGUNG

ERRATUM

Im letzten Magazin wurde diese Information bereits veröffentlicht und hat zu Rückfragen Ihrerseits geführt, da nicht konkret hervorgehoben wurde, dass die Ziffern 01420 und 01421 nicht von Haus- und Kinderärzten abgerechnet werden dürfen, da sie Bestandteil der Versichertenpauschale sind. Dennoch dürfen auch diese Arztgruppen die Leistung per Video erbringen, die Verordnung an den Patienten versenden und dafür das Porto berechnen.

ALLE FG

Verordnung medizinischer Reha sowie Folgeverordnungen häuslicher Krankenpflege auch per Video

Verordnungen zur medizinischen Rehabilitation sowie Folgeverordnungen für häusliche Krankenpflege und Heilmittel können im Rahmen einer Videosprechstunde verordnet werden. Der EBM wurde zum 1. Januar 2024 dahingehend angepasst.

Ziffer	Beschreibung	Wert
01420*	Überprüfung der Notwendigkeit und Koordination der häuslichen Krankenpflege (Muster 12)	11,22 €
01424*	Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (Muster 12)	18,38 €
01611	Verordnung von medizinischer Rehabilitation nach Vordruck-Muster 61 gemäß Rehabilitations-Richtlinie	37,59 €

* Die Leistungen nach den Ziffern 01420 und 01424 dürfen von Haus- und Kinderärzten zwar erbracht, aber nicht separat abgerechnet werden. Sie sind Bestandteil der Versichertenpauschalen.

Zum Versand der Verordnungen kann die Kostenpauschale 40128 abgerechnet werden.

LEISTUNGEN UND VERSORGUNG

Portopauschalen bei Verordnungen per Telefon/Video oder im Hausbesuch zusammengefasst

Ziffer	Beschreibung
40128	AU-Bescheinigung per Video oder Telefon (Ausdruck für den Versicherten) Verordnung medizinische Rehabilitation per Video (Muster 61) Folgeverordnung häusliche Krankenpflege per Video oder Telefon (Muster 12) Verordnung Heilmittel per Video oder Telefon (Muster 13) AU-Bescheinigung im Hausbesuch (Ausdruck für den Versicherten) ab 01.04.2024**
40129	Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes per Video oder Telefon (Muster 21)
40131	AU-Bescheinigung im Hausbesuch (Ausdruck für den Versicherten) bis 31.03.2024**

** Siehe nachfolgender Beitrag.

ALLE FG

Porto für AU im Rahmen von Besuchsleistungen ab 01.04.2024 über Ziffer 40128

Im Dezember hat der Bewertungsausschuss entschieden, dass der Versand einer mittels Stylesheets erzeugten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung im Zusammenhang mit einer Besuchsleistung gemäß den Ziffern 01410, 01411, 01412, 01413, 01415 und 01418 über die Ziffer 40128 abgerechnet werden kann. Die bisher dafür verwendete Kostenpauschale 40131 wurde gestrichen.

LEISTUNGEN UND VERSORGUNG

ALLE FG

Blankverordnung für Heilmittel Ergotherapie

Ab dem 01. April 2024 können Ärzte und Psychotherapeuten eine Blankverordnung für Heilmittel ausstellen. Dies gilt allerdings nur für die Verordnung von Ergotherapie bei drei ausgewählten Diagnosegruppen:

- Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke und Extremitäten mit motorisch-funktionellen Schädigungen (Diagnosegruppe SB1 Heilmittelkatalog)
- wahnhafte oder affektive Störungen/Abhängigkeitserkrankungen (Diagnosegruppe PS3 Heilmittelkatalog)
- dementielle Syndrome (Diagnosegruppe PS4 Heilmittelkatalog)

Diese Diagnosegruppen machen derzeit rund 20 Prozent des Umsatzes aller zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abgerechneten, ergotherapeutischen Leistungen aus.

Die Praxen werden bei der Verordnung durch das PVS unterstützt. So wird bei entsprechender Diagnosegruppe ein Hinweis angezeigt, dass eine Blankverordnung möglich ist und gefragt, ob diese genutzt werden soll. Wird eine Blankverordnung ausgestellt, wird dies durch das PVS in das Feld „Heilmittel nach Maßgabe des Katalogs“ eingedruckt.

Bei einer Blankverordnung können die Ärzte dann auf folgende Angaben verzichten:

- Heilmittel gemäß Heilmittelkatalog
- ergänzende Angaben zum Heilmittel (z. B. Doppelbehandlung)
- Anzahl der Behandlungseinheiten
- Therapiefrequenz

Damit können Ergotherapeuten eigenverantwortlich in festgelegten Grenzen über die Auswahl der Heilmittel, die Therapiefrequenz, die Dauer der einzelnen Behandlungstermine sowie die Gesamtdauer der Therapie entscheiden.

Eine Blankverordnung hat eine Gültigkeit von maximal 16 Wochen ab Verordnungsdatum. Damit kann sichergestellt werden, dass in regelmäßigen Abständen ein erneuter Arztkontakt stattfindet, um die Therapie zu überprüfen.

Wichtig

Die ärztliche Indikationsstellung und Verordnung sind weiterhin erforderlich. Der Arzt entscheidet im konkreten Fall, ob eine Blankverordnung ausgestellt werden soll.

Für Blankverordnungen tragen die behandelnden Ergotherapeuten die wirtschaftliche Verantwortung. Damit unterliegen Ihre Blankverordnungen nicht den regulären Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Sie können diese neue Option also rein nach medizinischen Gesichtspunkten nutzen.

LEISTUNGEN UND VERSORGUNG

ALLE FG

Anpassung und Umbenennung Laborüberweisung Muster 10 zum 01.04.2024

Bisher wurden bei der Beauftragung von in-vitro-diagnostischen Leistungen nach Kapitel 19 EBM die Muster 6 und/oder Muster 10 verwendet. Künftig können Materialeinsendungen für alle in-vitro-diagnostischen Auftragsleistungen nach den verschiedenen Kapiteln des EBM einheitlich mittels Muster 10 in Auftrag gegeben werden.

Lediglich bei Leistungen im Rahmen der Früherkennung des Zervixkarzinoms bleibt es bei der Auftragsvergabe nach Muster 39.

Das Muster 10 wird zur Vereinheitlichung umbenannt in „Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen“. Das Ankreuzfeld „Behandlung gemäß § 116b SGB V“ wird in „SER“ (Soziales Entschädigungsrecht, bisher BVG) umgewidmet. Wenn bei Patienten ein Anspruch nach SER besteht, kann dies in dem neuen SER-Feld kenntlich gemacht werden.

Wichtig

Das angepasste Muster 10 tritt zum 1. April in Kraft. Vorhandene „alte“ Muster können aufgebraucht werden.

Das Formular 'Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen' (Muster 10) ist wie folgt strukturiert:

- Kopfzeile:** Krankenkasse bzw. Kostenträger, Name, Vorname des Versicherten, geb. am, QR-Code (10), Titel 'Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen'.
- Patientendaten:** Kostenträgerkennung, Versicherten-Nr., Status, Betriebsstätten-Nr., Arzt-Nr., Datum.
- Eintrag nur bei Weiterüberweisung!** Betriebsstätten-Nr. des Entveranlassers, Arzt-Nr. des Entveranlassers.
- Abnahmedatum und Abnahmezeit:** Kalenderfeld (11) und Uhrzeitfeld (12).
- Diagnose/Verdachtsdiagnose:** Feld (15) mit Markierung (14) für Befund eilt.
- Befund/Medikation:** Textfeld (15).
- Auftrag:** Textfeld (15).
- Behandlung:** Ankreuzfelder für Kurativ (1), Präventiv (1), bei belegärztl. Behandlung (1), Unfall, Unfallfolgen (1), Knappschaftskennziffer (5), Kontrolluntersuchung bekannte Infektion (6), eingeschänkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V (10), SER (9), Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch (1).
- SSW:** Feld (3) für Schwangerschaftswoche.
- Unterschrift:** Vertragsarztstempel / Unterschrift (überw. Arzt) (16).
- Notizen:** 'Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schlägerunfällen' und 'Muster 10 (4/2024)'.

Das neue Muster 10 sowie Erläuterungen dazu finden Sie in der Vordruck-Vereinbarung der KBV: www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php

LEISTUNGEN UND VERSORGUNG

ALLE FG

Wirtschaftlichkeitsprüfung – erleichterte Darlegung von Praxisbesonderheiten

Das SGB V enthält keine Definition des Begriffes Praxisbesonderheiten. Nach der laufenden sozialgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich um:

- in der Struktur der Arztpraxis liegende objektive Gegebenheiten,
- die für die Fachgruppe von Art oder Umfang her atypisch und
- ursächlich für höhere Verordnungskosten sind.

Nach einer Entscheidung des Landessozialgerichts Celle ist jedoch für eine Überschreitung der Richtgrößen nicht immer ein definierter Praxisschwerpunkt erforderlich. Auch eine einfache Häufung von typischen Diagnosen im Vergleich zum Durchschnitt der Fachgruppe kann eine Praxisbesonderheit begründen. Überdurchschnittliche Verordnungsmengen können sich auch zufällig aufgrund bestimmter Patientenkonstellationen ergeben. Die Prüfungsgremien müssen dem Hinweis eines Arztes, er habe in seiner Praxis besonders viele Patienten mit bestimmten verordnungsrelevanten Diagnosen daher auch dann nachgehen, wenn die Häufung nicht auf strukturelle Praxisbesonderheiten zurückgeführt werden kann.

Zudem verwies das LSG auf die durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2008 eingeführten Erleichterungen bei der Geltendmachung von Praxisbesonderheiten. Danach soll die Prüfungsstelle Praxisbesonderheiten von Amts wegen auch selbst ermitteln, etwa durch einen Vergleich der Häufigkeit der Diagnosen der Praxis vs. der Fachgruppe. Der Zweck der gesetzlichen Neuregelung kommt aber nicht zum Tragen, wenn man weiterhin durchgängig an der früher geltenden Rechtslage, des substanziierten Vortrags zum Nachweis der Atypik der geprüften Praxis festhält, so das LSG in der Begründung. Da dies die Prüfungsgremien nur teilweise berücksichtigten, müssen diese jetzt erneut über den Fall und den Widerspruch der Praxis entscheiden.

Fazit für die Praxis

Prüfungsgremien

- haben in der Vergangenheit immer wieder hohe Hürden für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten definiert.
- haben die Ermittlung von Praxisbesonderheiten allein in der Verantwortung der Ärzte gesehen.

Gerichte korrigieren in letzter Zeit erfreulicherweise immer wieder die Spruchpraxis der Prüfungsgremien im Sinne der Ärzte.

Quelle: Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Az.: L 3 KA 30/21

ALLE FG

Urteil des LSG Schleswig: „Beratung vor Regress“ gilt nur einmal bei unwirtschaftlicher Abrechnung

Das LSG Schleswig entschied jetzt, dass Arztpraxen bei erneuter unwirtschaftlicher Abrechnung Regress leisten müssen, auch wenn die letzte Beratung durch die Prüfungsgremien bereits vor mehreren Jahren stattgefunden hat.

Damit können niedergelassene Vertragsärzte bei wiederholtem unwirtschaftlichem Abrechnungsverhalten keine mehrmalige Beratung durch die Prüfungsgremien verlangen. Eine Allgemeinmedizinerin hatte gegen eine Entscheidung des Prüfungsausschusses geklagt, da die letzte Beratung im Rahmen einer unwirtschaftlichen Abrechnung im Jahr 2007 lag und sie nun für die Jahre 2015 und 2016 erneut zur Kasse gebeten wurde. Konkret ging es um die Abrechnung der psychosomatischen Leistungen (Ziffern 35100, 35110), die weit über dem Doppelten des Fachgruppendurchschnitts abgerechnet wurden.

Das LSG urteilte, dass die Prüfungsgremien nicht verpflichtet sind, vor einem Regress für ärztliche Einzelleistungen wiederholte Beratungen durchzuführen, auch wenn die letzte Beratung Jahre zurückliege. Es gebe keine zeitliche Grenze, ab wann eine erfolgte Beratung verjährt sei und daher wiederholt werden müsse.

Wann gilt Beratung vor Regress?

- **Prüfungen der wirtschaftlichen Abrechnungsweise:**
die Beratung anstelle eines Regresses liegt im Ermessen der Prüfungsgremien
- **Prüfung der wirtschaftlichen Verordnungsweise von Arzneimitteln:**
Beratung vor Regress, wenn noch nie eine Beratung durchgeführt oder ein Regress ausgesprochen wurde oder dies länger als fünf Jahre zurückliegt (gesetzliche Regelung)

Quellen:

Schleswig-Holsteinisches Landessozialgericht, Az.: L 4 KA 5/2

Rahmenvorgaben Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen www.kbv.de/html/2756.php



LEISTUNGEN UND VERSORGUNG

ALLE FG

Neuer Anforderungskatalog an Praxisverwaltungssysteme (PVS)

Ohne PVS können Praxen nicht arbeiten. Sie benötigen nicht nur ein einwandfrei funktionierendes System, sondern wünschen sich auch Benutzerfreundlichkeit, schnellen Support und angemessene Preise.

Dazu hat die KBV vom Gesetzgeber den Auftrag erhalten, eine Rahmenvereinbarung zu erstellen. In dieser sind verschiedene Anforderungen zu Leistungspflichten, Preisen, Laufzeiten und Kündigungsfristen geregelt. So ist neben der Zertifizierung durch die KBV auch die Erfüllung von darüberhinausgehenden Anforderungen, wie die Bereitstellung von Updates online oder die Vorhaltung bestimmter Support- und Serviceleistungen zu erfüllen.

PVS-Hersteller, die diese Anforderungen erfüllen, können mit der KBV die Rahmenvereinbarung abschließen und erhalten das Gütesiegel „PVS mit KBV-Vertrag“. Der Abschluss dieser Rahmenvereinbarung ist für die PVS-Hersteller freiwillig und hat eine Laufzeit von zwei Jahren.

Sobald die ersten Rahmenvereinbarungen abgeschlossen sind, können sich die Praxen auf der Homepage der KBV dazu informieren. Diese erhalten somit mehr Transparenz und Vergleichbarkeit zu den verschiedenen PVS und können sich über Produkt- und Servicequalität informieren.

Quelle: www.kbv.de/html/pvs-mit-vertrag.php

LEISTUNGEN UND VERSORGUNG

OPERATIV
tätige FG

Hybrid-DRG: Abrechnungsverfahren ab sofort

Wie wir bereits im letzten Magazin informiert haben, trat zum 01. Januar 2024 die Rechtsverordnung zu den neu geschaffenen Hybrid-DRG in Kraft. Es wurde ein Katalog von Eingriffen erstellt, die nach den neuen Hybrid-DRG vergütet werden.

Die im Startkatalog aufgeführten zwölf Eingriffe aus den Bereichen

- Hernienchirurgie
- Entfernung von Harnleitersteinen
- Ovariectomien
- Arthrodesen der Zehengelenke
- Exzision eines Sinus pilonidalis

werden ab sofort über Hybrid-DRG abgerechnet.

Eine Pauschale für alle Leistungen

In diesen Hybrid-DRG sind alle Leistungen im Zusammenhang mit der Patientenbehandlung in der Einrichtung am Tag der Operation bis zur Entlassung enthalten. Darüber hinaus kann die Zuordnung einer Hybrid-DRG nur einmalig erfolgen – unabhängig davon, wie viele Leistungserbringer beteiligt waren. Die Hybrid-DRG kann sowohl vom Operateur als auch dem Anästhesisten abgerechnet werden. Diese müssen sich das Honorar laut Verordnung mit allen beteiligten Kollegen teilen. Ebenso sind Sachleistungen mit der Hybrid-DRG abgegolten.

Eine Nachsorge, die bei einem Eingriff erforderlich werden kann, ist nicht in der Hybrid-DRG inkludiert. Notwendige EBM-Anpassungen zu Ausschlüssen bei der Abrechnung von prä- und postoperativen Leistungen werden derzeit noch zwischen KBV und GKV-Spitzenverband verhandelt.

Abrechnung derzeit über KV im Rahmen der Quartalsabrechnung

Da das konkrete elektronische Abrechnungsverfahren mit den Krankenkassen erst bis 01. Januar 2025 etabliert wird, gibt es übergangsweise Pseudoziffern, die für die Abrechnung der Hybrid-DRG verwendet werden. Vor der Abrechnung muss mit Hilfe eines DRG-Groupers die korrekte Hybrid-DRG ausgewählt werden. Anschließend wird anhand der DRG die Pseudoziffer über die Quartalsabrechnung abgerechnet.

LEISTUNGEN UND VERSORGUNG

Hybrid-DRG	Pseudo-Ziffer	Kurzbeschreibung	Wert
G09N	83001	Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien oder Operation einer Hydrocele testis oder andere kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm	2.021,82 €
G24N	83002	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC	1.965,05 €
G24M	83003	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 13 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC	1.653,41 €
I20N	83004	Andere Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthritits oder Diabetes Mellitus mit Komplikationen oder Alter < 16 Jahre	1.072,95 €
I20M	83005	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe oder komplizierende Faktoren, Alter > 15 Jahre	909,25 €
J09N	83006	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre	1.038,17 €
L17N	83007	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para-/Tetraplegie, kleine Eingriffe an den Harnorganen, ohne bestimmte Eingriffe an der Urethra, Alter > 15 Jahre	1.189,09 €
L20N	83008	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre oder Alter > 89 Jahre	1.791,58 €
L20M	83009	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter > 15 Jahre oder Alter < 90 Jahre	1.412,05 €

LEISTUNGEN UND VERSORGUNG

Hybrid-DRG	Pseudo-Ziffer	Kurzbeschreibung	Wert
N05N	83010	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder anderer Eingriff an der Harnblase oder Adhäsiolyse, Alter > 15 Jahre	1.554,58 €
N07N	83011	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus oder kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, mit bestimmtem Eingriff	1.587,73 €
N25N	83012	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose oder andere kleine Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, Alter > 13 Jahre	1.458,20 €

Wichtig: Rechnen Sie bereits jetzt diese Leistungen als Hybrid-DRG ab!

Der GKV-Spitzenverband hat bereits klar geäußert, dass die Kassen Eingriffe mit einer Abrechnung über den EBM nicht bezahlen werden, wenn es auch eine Hybrid-DRG dafür gibt.

Quelle: www.kbv.de/html/1150_68194.php

LEISTUNGEN UND VERSORGUNG

HÄ und-
OPERATIV
tätige FG

Prä- und postoperative Leistungen können auch bei Hybrid-DRG abgerechnet werden

Seit Jahresbeginn können ambulante Operationen mit einer sogenannten Hybrid-DRG vergütet werden. Dabei handelt es sich um eine Fallpauschale, die die Kosten für alle Untersuchungen und Behandlungen abdecken soll, die im unmittelbaren Kontext des Eingriffs in der operierenden Einrichtung durchgeführt werden.

Dies reicht von der Operationsvorbereitung bis zur postoperativen Überwachung beziehungsweise Nachbeobachtung. Voruntersuchungen und auch Nachsorgen sind grundsätzlich nicht von der Hybrid-DRG umfasst. Der Bewertungsausschuss hat jetzt klargestellt, dass Haus- und Fachärzte prä- und postoperative Leistungen auch bei Eingriffen nach Paragraph 115f SGB V über den EBM abrechnen können.

Während die präoperativen Untersuchung nach den Ziffern 31010 bis 31013 unverändert angesetzt werden können, ergeben sich bei der postoperativen Behandlung zwei Konstellationen:

- Abrechnung der Ziffer für den OPS-Code des durchgeführten Eingriffs gemäß Anlage 1 der Hybrid-DRG-Verordnung bzw. Anhang 2 des EBM.
- Ist der genannte OPS-Code aus Anlage 1 der Hybrid-DRG-Verordnung nicht im Anhang 2 des EBM enthalten, rechnet der Operateur die Ziffer 31611 ab. Übernimmt ein Hausarzt auf dessen Überweisung die postoperative Behandlung, setzt dieser die Ziffer 31600 in Kombination mit der Ziffer 88110 an.

Haus- und Fachärzte können die postoperative Behandlung auch übernehmen und nach EBM abrechnen, wenn der ambulante Eingriff in einem Krankenhaus erfolgt ist. In diesem Fall benötigt der Patient keine Überweisung.

Quelle: www.kbv.de/html/1150_68598.php

OPERATIV
tätige FG

Neue Zuschläge für erhöhten Hygieneaufwand bei ambulanten Operationen

Rückwirkend zum 01. Januar wurden Zuschläge für den höheren Hygieneaufwand für ambulante Operationen vereinbart. Die Zuschläge sind noch nicht bekannt, da der Bewertungsausschuss dazu noch berät. Sie werden aber bis Mitte April erwartet.

Insgesamt wird es 66 Zuschläge geben, die für alle ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 EBM außer Katarakt-Operationen gelten. Ebenfalls sind für Sterilisationen (Ziffern 01854, 01855) sowie Abruptio (Ziffern 01904, 01905) Zuschläge vorgesehen. Die Höhe des Zuschlags richtet sich unter anderem nach dem Aufwand der Sterilisation der Instrumente und der Dauer der Operation und wird zwischen 3,34 € und 61,18 € betragen.

Quelle: www.kbv.de/html/1150_68600.php



KURZ FÜR SIE NOTIERT

↪ Zweitmeinung Hüftgelenkersatz

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat im Dezember 2023 beschlossen, dass gesetzlich Versicherte künftig eine zweite ärztliche Meinung einholen können, wenn ihnen der Einsatz, der Wechsel oder auch die Entfernung einer Total- oder Teilprothese am Hüftgelenk empfohlen wird. Dieser Beschluss wird voraussichtlich zum 01.07.2024 in Kraft treten, wenn das BMG keine rechtlichen Einwände hat.

↪ Impfpflicht Meningokokken-B-Impfung

Die Ständige Impfkommission (STIKO) hat den Impfkalender aktualisiert und empfiehlt jetzt die Impfung gegen Meningokokken B für alle Säuglinge. Geimpft werden soll zusammen mit dem Sechsfachimpfstoff. Der G-BA hat damit einhergehend die Schutzimpfungs-Richtlinie im März 2024 angepasst. Damit ist der Weg frei für die Aufnahme der Impfung in die Satzungsleistungen der Krankenkassen.

↪ Impfung Dengue-Fieber

Der G-BA hat die STIKO-Empfehlung zur Dengue-Impfung in die Schutzimpfungs-Richtlinie aufgenommen. Damit wird die Impfung Kassenleistung für bestimmte Personen mit beruflicher oder Reiseindikation. Der Beschluss ist zum 14.03.2024 in Kraft getreten.

↪ Corona-Impfung ab 01.03.24

Seit dem 1. März kann die Corona-Impfung nur noch gemäß Schutzimpfungs-Richtlinie erbracht und abgerechnet werden. Bisher waren Impfungen mit einem zugelassenen, aber in der Schutzimpfungs-Richtlinie nicht genannten Impfstoff möglich, wenn ein Arzt dies für medizinisch erforderlich hält. Zum 1. März entfiel dieser erweiterte Impfanspruch und es gilt allein die Schutzimpfungs-Richtlinie. Und die Praxen müssen nur noch ein weiteres Quartal durchhalten - die aufwändige wöchentliche Meldung von tagesgenau dokumentierten Daten zu den durchgeführten Covid-19-Impfungen ist ab dem 01. Juni 2024 nicht mehr notwendig. Einzig der Sonderstatus des wöchentlichen Bestellrhythmus sowie die Lieferung für den Impfstoff und die Bereitstellung durch den Bund bleibt.

ARZNEIMITTEL

KARDIO-
LABOR

Hypertrophe Kardiomyopathie: Neue Laborziffer zur Anwendung von Mavacamten

Mavacamten (Camzyos®) wurde im Juni 2023 für erwachsene Patienten mit hypertropher obstruktiver Kardiomyopathie (HOCM) zugelassen. Für die Behandlung kommen symptomatische Patienten in den NYHA-Stadien II–III. infrage. Laut Fachinformation ist für die Dosierung des Medikaments vorab einmalig eine Genotypisierung vorgeschrieben. Darüber sollen Patienten mit dem Phänotyp „langsamer CYP2C19-Metabolisierer“ identifiziert werden. Sie benötigen eine geringere Dosis als Personen mit einem anderen Phänotyp, die das Medikament in einer normalen Rate metabolisieren.

Zur Abrechnung der Genotypisierung auf das Vorliegen der entsprechenden Allele CYP2C19*2 und CYP2C19*3 können Labore die Ziffer 32869 seit dem 1. Januar 2024 abrechnen.



DIGITALE PRAXIS

ALLE FG

eRezept: Honorarkürzungen ab Mai ohne Nachweis

Mit Inkrafttreten des Digital-Gesetzes müssen alle Praxen gegenüber der KV bis zum 01. Mai 2024 nachweisen, dass sie Verordnungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel elektronisch ausstellen und übermitteln können. Ist dies nicht der Fall wird das Honorar um 1% gekürzt. Diese Regelung gilt zusätzlich zur Kürzung der TI-Pauschale, wenn Praxen die aktuelle Software-Version für das eRezept nicht eingespielt haben.

Quelle: www.kbv.de/html/1150_67773.php

ALLE FG

eArztbrief seit 01.03.24 verpflichtend, aber ohne TI-Kürzung bei fehlendem Modul

Seit 1. März müssen Praxen technisch in der Lage sein, den eArztbrief senden und empfangen zu können. Dafür benötigen sie eine von der KBV zertifizierte Software für die Erstellung von elektronischen Arztbriefen. Momentan können mehr als 120 Praxissoftwaresysteme dieses Modul noch nicht anbieten bzw. sind noch nicht zertifiziert (Stand: 21.03.2024). Den Praxen droht damit eine Kürzung der TI-Pauschale um 50 %, wenn das Modul nicht verfügbar ist.

Wichtig: keine Kürzung der TI-Pauschale

Das Bundesgesundheitsministerium stellte klar, dass Praxen nicht durch eine Kürzung der TI-Pauschale sanktioniert werden sollen, wenn der PVS-Hersteller das seit dem 01. März erforderliche eArztbrief-Modul nicht fristgerecht zur Verfügung stellt.

Spätestens zum 30. Juni müssen Praxen gemäß Digital-Gesetz elektronische Arztbriefe empfangen können.

DIGITALE PRAXIS

ALLE FG

Übermittlungspauschale für eArztbriefe gilt unverändert

Das LSG Berlin-Brandenburg hat klargestellt, dass die bestehende Übermittlungspauschale für eArztbriefe weiterhin abgerechnet werden kann.

Die Übermittlungspauschale für eArztbriefe gilt auch nach dem 1. Juli 2023 unverändert.

Aufgrund einer Mitteilung des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg geht die KBV davon aus, dass die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte die im Bundesmantelvertrag enthaltenen Pauschalen weiterhin abrechnen können, auch für bereits zurückliegende Zeiträume nach dem 1. Juli 2023. Das Landessozialgericht habe mitgeteilt, dass das Bundesgesundheitsministerium mit seiner TI-Festlegung vom 1. September 2023 diese Regelung nicht aufgehoben habe, sondern sie bis heute weitergelten würde. Dies gelte so lange, bis der GKV-Spitzenverband und die KBV eine andere Regelung getroffen haben.

Demnach seien die Übermittlungspauschalen nach Ausführung des Gerichts zunächst weiterhin gültig, so die KBV. Praxen stehe eine Vergütung für das Übermitteln von eArztbriefen über KIM zu. Der Versand eines eArztbriefs wird dabei mit 28 Cent (Ziffer 86900) und der Empfang mit 27 Cent (Ziffer 86901) vergütet – bis zu einem Höchstwert von 23,40 € je Quartal und Arzt. Das regelt der Bundesmantelvertrag.

Die Pauschalen hätten laut Landessozialgericht längst neu verhandelt und festgelegt werden müssen. Es bezeichnete es als nicht nachvollziehbar, dass sich der GKV-Spitzenverband dem bislang entgegenstellte. Das Gericht forderte KBV und GKV-Spitzenverband auf, umgehend über die Höhe der eArztbrief-Übermittlungspauschale zu verhandeln.

ALLE FG

BSG-Urteil – ohne Anschluss an die TI ist das Honorar zu kürzen

Das höchste deutsche Sozialgericht hat entschieden. Ohne Anschluss an die Telematikinfrastruktur (TI) ist eine Honorarkürzung um 1 % rechters, solange die Praxis nicht an die Telematikinfrastruktur angeschlossen ist. Damit hat das Bundessozialgericht eine jahrelang strittige Frage endgültig entschieden. Das BSG blieb dabei bei der Linie der Vorinstanzen und wies die von Medi unterstützte Klage einer gynäkologischen Praxis letztinstanzlich ab. Mängel beim Datenschutz konnte das Gericht nicht erkennen. Somit sei die gesetzliche Verpflichtung umzusetzen und die vorgesehenen Sanktionen nicht zu beanstanden.

Az. B 6 KA 23/22 R: www.bsg.bund.de/SharedDocs/Verhandlungen/DE/2024/2024_03_06_B_06_KA_23_22_R.html



REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 1. APRIL 2024

BADEN-
WÜRTTEM-
BERG

Quotierung hausärztlicher Leistungen

Zum ersten Mal seit 10 Jahren muss die KV im hausärztlichen Bereich die abgerechneten Budgetleistungen quotieren. Dies gilt ab dem Quartal 4/2023. Wie hoch die Quote für die über Budget erbrachten Leistungen ausfallen wird, entscheidet sich Mitte April.

Beachten Sie dazu auch unser AAC-informiert, welches Ihnen Ihr Berater gern noch einmal zur Verfügung stellt sowie unsere Sonderveranstaltungen.

Quelle: www.kvbawue.de/praxis/aktuelles/hausaeerzte-budgetierung

BERLIN

Leistungskomplex „Delegation“ im AOK-Vertrag zur Versorgung multimorbider Patienten verlängert

Die Koordinierungspauschale für die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal war im Juli 2023 befristet bis Ende 2023 eingeführt worden. Die Abrechnung dieser Pauschale wird jetzt noch einmal bis 30.06.2024 verlängert. Es wird wie bisher die Pseudoziffer 90059 angesetzt. Diese hat einen Wert von 14,50 €.

Quelle: www.kvberlin.de/fuer-praxen/aktuelles/praxis-news/detailansicht/pn240129-1

HAMBURG

Erhöhung Vergütung ergänzende Hautkrebsvorsorge BARMER-Patienten ab 01.01.2024

Die Vergütung steigt für die Patienten im Alter von 14 bis 34 Jahren von 29 € auf 30,19 €. Damit entspricht sie der aktuellen Vergütung der Hautkrebsvorsorge nach der Ziffer 01745 EBM.

Quelle: telegramm.kvvh.net/nr-05-15-marz-2024/barmer-vertrag-erganzende-hautkrebsvorsorge

Streichung „Strukturiertes Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm“ aus DMP-Verträgen

Zum 01. Januar wurde das „strukturierte Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm“ aus den DMP-Verträgen Diabetes mellitus Typ 1 und KHK gestrichen. Hintergrund ist, dass dem Programm vom Bundesamt für soziale Sicherung die Zulassung entzogen wurde, da es seit 2004 nicht angepasst wurde.

Quelle: telegramm.kvvh.net/nr-05-15-marz-2024/streichung-strukturiertes-hypertonie-behandlungs-und-schulungsprogramm-hbsp-im-dmp-vertragen-diabetes-mellitus-typ-1-und-khk

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 1. APRIL 2024

HESSEN

Not-HVM

Mit dem sogenannten Not-HVM will die KV die Schere zwischen erbrachten Leistungen und dem zur Verfügung gestellten Honorar durch die Krankenkassen schließen. Grundversorgende Facharztpraxen werden mit diesem HVM dazu aufgerufen, weniger quotierte Leistungen zu erbringen. Hausärztliche Praxen sind von den neuen HVM-Regelungen nicht betroffen.

Quelle: www.kvhessen.de/presse/vertreterversammlung-der-kv-hessen-beschliesst-not-hvm

Anpassungen beim Vertrag zur Hautkrebsvorsorge BKK VAG zum 01.01.24

- Teilnahmemöglichkeit von hausärztlich tätigen Ärzten
- Aufhebung des Mindestalters der Versicherten zur Teilnahme am Vertrag

Damit kann die Hautkrebsvorsorge jetzt bei allen Versicherten ab Geburt bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres durchgeführt werden.

Quelle: www.kvhessen.de/publikationen/vertrag-zum-hautkrebsvorsorge-verfahren-u35-erweitert

MECKLEN-
BURG-VOR-
POMMERN

Kündigung Vereinbarung zur Überweisungssteuerung mit der AOK Nordost

Zum 31.03.2024 hat die AOK Nordost die Vereinbarung zur Überweisungssteuerung zur Verbesserung der medizinischen Versorgung gekündigt. Damit sind die Ziffern 95001A/B und 95002A/B nicht mehr berechnungsfähig ab 01.04.2024

Quelle: KV-Journal März 2024

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 1. APRIL 2024

NIEDER-
SACHSEN

Beratungspauschale im Rahmen DMP Diabetes Typ 2

Seit 01. Oktober 2023 gibt es im Rahmen des DMP Diabetes Typ 2 die Möglichkeit, Patienten umfassend zur regelmäßigen körperlichen Aktivität zu beraten und zu motivieren. Diese Beratungsleistung kann einmalig mit der Ziffer 99502 in Höhe von 8,00 € abgerechnet werden. Der Behandlungsfall muss zusätzlich mit der Ziffer 99098 gekennzeichnet werden.

Quelle: www.kvn.de/Mitglieder/Publicationen/Rundschreiben/KVN+Rundschreiben+März+2024/GOP+99502+_+Beratungspauschale+für+die+Motivation+des+Patienten+zur+regelmäßigen+körperlichen+Aktivität+im+Rahmen+des+DMP+Diabetes+Typ+2-p-30250.html

Kündigung Vertrag zur elektrischen Kardioversion endet zum 31.03.2024

Der BKK Landesverband Mitte hat obigen Vertrag gekündigt, da die Leistung seit dem 01. Januar 2024 im EBM abgebildet ist. Die Ziffern 99890 bis 99893 sind demnach nur noch in Q1 24 berechnungsfähig.

Quelle: www.kvn.de/Mitglieder/Publicationen/Rundschreiben/KVN+Rundschreiben+März+2024/Besondere+Vorsorgung+„elektrische+Kardioversion“+für+teilnehmende+Betriebskrankenkassen+endet+am+31+_+März+2024-p-30272.html

NORDRHEIN

Änderung Honorarverteilungsmaßstab

Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein hat beschlossen, dass ab dem 01. April 2024 weniger Mittel für die Vergütung von budgetüberschreitenden Leistungen, die über das Budget hinaus gehen, zur Verfügung gestellt werden.

Bislang wurden für den Restpunktwert die Vergütungsvolumen für den hausärztlichen und den fachärztlichen Bereich jeweils um zwei Prozent gekürzt. Künftig ist es nur noch ein Prozent. Das andere Prozent fließt direkt in RLV und QZV.

Das bedeutet, dass die Restwertvergütung ab dem 2. Quartal 2024 weiter sinken wird. Lag sie in Q2/23 beispielsweise noch bei 22 Prozent für Hausärzte, wird sie ab Q2/24 nur noch bei ca. 11 % liegen.

Quelle: www.kvno.de/aktuelles/aktuelles-detail/nachricht/hvm-aenderungen-zum-2-quartal-2024

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 1. APRIL 2024

NORDRHEIN

Anpassungen DMP COPD und Asthma

Zu den wesentlichen Änderungen gehört unter anderem ein stärkerer Fokus auf die Überwachung und Steuerung der Arzneimitteltherapie.

Für beide DMP gibt es eine neue Beratungsleistung zur Motivation Tabakentwöhnung. Voraussetzung für die Abrechnung ist der Fortbildungsnachweis zu den Themen „Tabakentwöhnung oder motivierende Gesprächsführung“. Den Fortbildungsnachweis müssen Sie bei der KV einreichen oder Sie verfügen bereits über eine Genehmigung zur Patientenschulung COBRA.

Ziffer	Beschreibung	Wert
90250A	Motivationsgespräch Tabakentwöhnung - Asthma	15,00 €
90250C	Motivationsgespräch Tabakentwöhnung - COPD	15,00 €

Zusätzlich wird die Betreuungspauschale für die qualifizierte fachärztliche Mitbehandlung stufenweise von 15,00 € auf 22,00 € im Jahr 2024, 23,50 € im Jahr 2025 und 25,00 € ab 2026 angehoben.

Quelle: www.kvno.de/aktuelles/aktuelles-detail/nachricht/dmp-vertrag-fuer-copd-aktualisiert

VorsorgePlus: Beitritt der IKK classic zum 01.01.2024

Der seit dem 1. April 2023 bestehende Vertrag VorsorgePlus soll die Früherkennung und strukturierte Nachsorge von Komorbiditäten und Folgeerkrankungen bei Patienten mit bestimmten chronischen Erkrankungen fördern. Dabei geht es um folgende Erkrankungen:

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

Neben der IKK classic nehmen die TK, die KKH, die HEK und die BIG direkt gesund teil.

Quelle: www.kvno.de/aktuelles/aktuelles-detail/nachricht/vorsorgeplus-beitritt-der-ikk-classic-zum-1-januar-2024

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 1. APRIL 2024

NORDRHEIN

Beendigung Selektivverträge zur Kardioversion

Durch die Einführung neuer EBM-Leistungen zur Kardioversion zum 01.01.2024 wurden die Selektivverträge mit der BARMER, BIG direkt gesund und dem BKK Landesverband Nordwest zum 31.12.2023 außerordentlich beendet.

Quelle: www.kvno.de/aktuelles/aktuelles-detail/nachricht/kardioversion-neue-ebm-leistung-seit-1-januar-2024-selektivvertraege-beendet

SAARLAND

DMP COPD Aktualisierung der Verträge und Vergütungsanpassungen

Mit Wirkung zum 01.04.2024 werden die DMP-Verträge an die neuen gesetzlichen Vorgaben angepasst. Diese betreffen die Anforderungen sowie die Dokumentation. Darüber hinaus wurde die Vergütung der Mitbehandlungspauschale nach Ziffer 95410 von 35,00 € auf 38,50 € angehoben. Ebenso wurde die Vergütung der COBRA-Schulung von 21,75 € auf 25,00 € erhöht.

Quelle: KVS-Aktuell Ausgabe 2/2024 – März 2024

WESTFALEN- LIPPE

Start DMP Osteoporose zum 01.04.2024

Ab dem 1. April können sich Patienten, bei denen eine medikamentös behandlungsbedürftige Osteoporose diagnostiziert wurde, im neuen DMP Osteoporose leitliniengerecht versorgen lassen. An der Versorgung sind Hausärzte und Orthopäden beteiligt, die sich bereits seit dem 23. Februar 2024 in das Programm einschreiben können. Außerdem beteiligen sich bereits zwei Reha-Kliniken.

Quelle: www.kwwl.de/mitglieder/rechtsquellen-vertraege/osteoporose

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 1. APRIL 2024

SACHSEN-
ANHALT

Erhöhung der Vergütung für zusätzliche Früherkennungsuntersuchungen

Ab Januar 2024 werden die zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen U10, U11 und J2 im Vertrag mit der IKK gesund plus und der AOK Sachsen-Anhalt besser vergütet. Sie liegen dann bei 53,50 €. Zum Januar 2025 erfolgt eine nochmalige Steigerung auf 57,00 €.

Quelle: KV-Magazin PRO 02-2024

Abschluss Vertrag zur Vergütung vertragsärztlicher Leistungen

Die KV hat mit den Verbänden der Krankenkassen die Vergütungsvereinbarung für 2024 abgeschlossen. Wichtige Punkte sind:

- Fortführung des Punktwertzuschlags für das Mammographie-Screening
- Erhöhung der Wegepauschalen um den Orientierungspunktwert
- Fortführung der Punktwertzuschläge und Erhöhung des Fördervolumens für förderungswürdige Leistungen für:
 - Hausbesuche
 - Versichertenpauschale Haus- und Kinderärzte
 - Grundpauschalen für ausgewählte Fachgruppen
 - Leistungen im organisierten Bereitschaftsdienst
 - Geriatrie
 - Allergologie
 - Polysomnographie
 - Drogensubstitution
 - NäPa bei Fachärzten
 - Osteodensitometrische Untersuchung

Quelle: KV-Magazin PRO 03-2024



REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 1. APRIL 2024

SCHLESWIG-
HOLSTEIN

Kündigung von Verträgen über die Durchführung und die Abrechnung von Reise- und HPV-Impfungen als Satzungsleistung

Die KVSH hat die genannten Verträge mit folgenden Krankenkassen gekündigt:

- BARMER
- IKK – Die Innovationskasse
- Knappschaft
- Novitas BKK
- Pronova Krankenkasse
- Techniker Krankenkasse
- Viactiv Krankenkasse

Damit sind die genannten Leistungen ab 01.04.2024 bzw. 01.01.2025 (nur IKK Die Innovationskasse) nicht mehr über die KV abrechnungsfähig.

Die Impfungen sind aber weiterhin Leistung der entsprechenden Krankenkassen und können mit dem Versicherten im Rahmen der Kostenerstattung in Anspruch genommen werden.

Quelle: www.kvsh.de/praxis/vertraege/impfungen/impfungen-satzungsleistungen

DMP Osteoporose – Beitritt weiterer Krankenkassen

Die BKK Deutsche Bank AG und BKK Firmus sind dem DMP-Vertrag Osteoporose beigetreten.

Quelle: KV-Journal Nordlicht 3-2024

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 1. APRIL 2024

SCHLESWIG-
HOLSTEIN

DMP COPD und Asthma – Anpassungen an die aktuelle DMP-Anforderungs-Richtlinie

Neben den notwendigen Anpassungen aufgrund der aktualisierten DMP-Anforderungs-Richtlinien wurde in beiden DMP-Verträgen für einige Leistungen zum 01. April 2024 die Vergütung erhöht. Ebenso gibt es die Beratungs- und Motivationspauschale zur Tabakentwöhnung als neue Leistung.

DMP COPD

Ziffer	Beschreibung	Wert
99798F	Betreuungspauschale koordinierender Arzt	6,00 €
99798G	Mitbehandlungspauschale für Fachärzte	14,00 €
99798Q	COBRA Schulungsmaterial	10,00 €
99798M	Beratungs- und Motivationspauschale zur Tabakentwöhnung nur abrechnungsfähig mit Nachweis zur Teilnahme am Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ oder „Change-Talk“	10,00 €

DMP Asthma

Ziffer	Beschreibung	Wert
99796F	Betreuungspauschale koordinierender Arzt	6,00 €
99796G	Mitbehandlungspauschale für Fachärzte	14,00 €
99796L	Beratungs- und Motivationspauschale zur Tabakentwöhnung nur abrechnungsfähig mit Nachweis zur Teilnahme am Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ oder „Change-Talk“	10,00 €

Quelle: <https://www.kvsh.de/praxis/praxisfuehrung/newsletter/dmp-vertraege>

REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 1. JANUAR 2024

BW

BADEN-WÜRTTEMBERG

Vertrag	Alt	Neu
AOK	./.	Aufnahme der 01477 in den Ziffernkranz als Teil der Pauschale
AOK	./.	Aufnahme der 01500 und 01502 in den Ziffernkranz als Teil der Pauschale, soweit innerhalb des hausärztlichen Versorgungsspektrums
GWQ	./.	Z9 Zuschlag auf P3 für klimaresiliente Versorgung 8,00 € ► Nachweis Schulungsteilnahme: „Klima und Gesundheit“
GWQ	./.	Z10 Zuschlag auf P1 für akademische nichtärztliche Heilberufe 10,00 € für 1 Stelle ab 38 h pro Woche 7,50 € für 0,75 Stelle ab 28,5 h pro Woche 0,50 € für 0,5 Stelle bis 19 h pro Woche
TK	./.	Z6 Zuschlag auf P1 für das Qualitätssiegel Nachhaltige Praxis 12,00 € Stufe Exzellent 9,00 € Stufe Basis ► Vorhalten eines gültigen Qualitätssiegels in der Stufe Exzellent oder Basis



ABRECHNUNGSTIPPS FÜR DIE PRIVATABRECHNUNG

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

PVS Südwest | C8,9 | 68159 Mannheim | Telefon 06 21 · 16 4-0 | E-Mail info@pvs-suedwest.de

PVS-TIPP 1

Die häufigsten Fehler bei der Abrechnung privatärztlicher Leistungen

1. Dokumentation der Leistung

1.1 Einzelleistung

Die Grundlage der privatärztlichen Abrechnung ist die Dokumentation der Einzelleistung am Patienten, da – anders als beim EBM für Kassenpatienten – die Leistungen nach GOÄ einzeln abgerechnet werden können, soweit keine besonderen Abrechnungsbestimmungen die Nebeneinanderberechnung verschiedener Ziffern ausschließen bzw. nach dem Zielleistungsprinzip nur die eigentliche Zielleistung, aber nicht der Weg dorthin, berechnet werden kann oder verschiedene Leistungen bereits in einer Leistungslegende beschrieben sind (z. B. einschließlich ...).

1.2 Ansatz erhöhter Faktor

Eine vollständige Dokumentation der Umstände der Leistungserbringung, wie

- multimorbider Patient,
- Verhalten des Patienten,
- besondere Umstände der Leistungserbringung,
- Schwierigkeit der Leistung

können den Ansatz eines höheren Faktors (über 2,3-fach) bei entsprechender Begründung rechtfertigen.

ABRECHNUNGSTIPPS FÜR DIE PRIVATABRECHNUNG

2. Berechnung von Sachkosten oder Material

Neben den für die einzelnen ärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren können als Auslagen nur berechnet werden die Kosten für diejenigen Arzneimittel, Verbandsmittel und sonstigen Materialien, die der Patient zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind. Allerdings gilt ein dezidierter Ausschlusskatalog, der in § 10 Abs. 2 aufgeführt ist.

Nicht berechnet werden können die Kosten für

1. Kleinmaterialien wie Zellstoff, Mulltupfer, Schnellverbandmaterial, Verbandsspray, Gewebeklebstoff auf Histoacrylbasis, Mullkompressen, Holzspatel, Holzstäbchen, Wattestäbchen, Gummifingerlinge,
2. Reagenzien und Narkosemittel zur Oberflächenanästhesie,
3. Desinfektions- und Reinigungsmittel,
4. Augen-, Ohren-, Nasentropfen, Puder, Salben und geringwertige Arzneimittel zur sofortigen Anwendung
5. folgende Einmalartikel: Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe, Einmalharnblasenkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalspekula,
6. Porto und Versandkosten im eingeschränkten Maße.

So ist der Versand des Befundberichtes an den Patienten mit dem entsprechenden Porto abrechenbar, nicht jedoch das Porto für die eigentliche Arztrechnung zum Beispiel.

3. Was ist der Behandlungsfall nach GOÄ?

Für die Nebeneinanderberechnung der gängigsten Beratungs- und Untersuchungsziffern neben den übrigen Leistungen der Abschnitte C-O ist die Kenntnis der Definition des Behandlungsfalles entscheidend, um kein Honorar zu verlieren.

3.1 Definition nach der Allgemeinen Bestimmung des Abschnittes B: Grundleistungen und allgemeine Leistungen

Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung:

- dieselbe Erkrankung
Die Verschlimmerung des Krankheitsfalls mit einer weiteren Diagnose führt zu einem weiteren Behandlungsfall. Geben Sie daher immer genau das Datum der neuen Diagnose in der Rechnung an.
- der Zeitraum eines Monats
Behandlungsbeginn 02.02.24, neuer Behandlungsfall 03.03.24 (auch bei derselben Diagnose)

ABRECHNUNGSTIPPS FÜR DIE PRIVATABRECHNUNG

3.2 Berechnungsausschlüsse

Die Berechnungsausschlüsse aufgrund des Begriffs des Behandlungsfalles sind im Wesentlichen auf folgende zwei Konstellationen begrenzt:

- die einfache Beratung nach Ziffer 1 bzw. die symptombezogene Untersuchung nach Ziffer 5 neben Sonderleistungen (ab Abschnitt C ff)
- die Begründungspflicht bei mehrmaliger Berechnung der eingehenden Beratung nach Ziffer 3 im Behandlungsfall

Sofern Sie also die Definition des Behandlungsfalles kennen und bei der Abrechnung vor allem der Gesprächsleistungen neben den übrigen Leistungen beachten, verschenken Sie kein Honorar. Auch hier kommt es allerdings auf die Dokumentation an.

4. Kennen Sie alle Gesprächsleistungen?

Die Ziffer 1 ‚einfache Beratung‘ ist sicher jedem geläufig, wie sieht es aber mit der Ziffer 4 für das Angehörigen-gespräch bzw. dessen spezielle Unterweisung bzgl. des Patienten aus? Einmal im Behandlungsfall dürfen Sie bei entsprechender Leistungserbringung diese Beratungsziffer ansetzen.

Der Ansatz der zeitaufwändigen Beratung (mindestens 20 Minuten) der Ziffer 34 für die Erörterung einer schwerwiegenden Erkrankung wird dann eher von der Krankenversicherung/Beihilfestelle anerkannt, wenn Sie in der Rechnung den besonderen Grund für die Erörterung angeben, der aufgrund der Diagnose nachvollziehbar ist. Auch hier ist die vorherige ausführliche Dokumentation entscheidend.

Daneben gibt es noch spezielle Beratungen der Psychotherapie oder Verhaltenstherapie, die aber nur dann angesetzt werden können, wenn inhaltlich die Leistung erfüllt ist und Ihre Fachgebietsbezeichnung Sie dafür auch qualifiziert.

ABRECHNUNGSTIPPS FÜR DIE PRIVATABRECHNUNG

5. Der richtige Ansatz einer Analogleistung

Da die GOÄ seit Jahrzehnten nicht reformiert wurde, findet man nicht mehr alle Leistungen, die aufgrund des medizinisch-technischen Fortschrittes inzwischen state of the art sind oder die aufgrund des allgemeinen Fortschritts bisher keinen Eingang in die völlig veraltete GOÄ gefunden haben.

Voraussetzungen der Abrechnung analoger Leistungen sind:

- Die Leistung muss selbständig sein, darf demnach nicht Bestandteil einer anderen Leistung sein.
- Die analog herangezogene Leistung muss gleichwertig sein (nach Art, Kosten und Zeitaufwand).
- Die Bundesärztekammer hat einige Analogleistungen veröffentlicht, die als Katalog von den Kostenerstattern anerkannt sind. Sie können darüber hinaus zwar selbst nach den o. g. Kriterien Leistungen analog ansetzen, hier empfehlen wir jedoch auf jeden Fall Rücksprache mit Ihrer PVS zu nehmen, die kann Ihnen sicher eine sehr gute Empfehlung geben oder darauf hinweisen, dass es bereits eine Ziffer für Ihre Leistung in der GOÄ gibt.
- Fordern Sie am besten den bei Ihrer PVS vorrätigen Katalog der gängigsten Analogleistungen, aufgeteilt nach Fachgebieten bzw. Themen an.

PVS-TIPP 2

Die schriftliche gutachterliche Äußerung

Diese Leistung ist grundsätzlich nur auf entsprechende schriftliche Anforderung hin berechnungsfähig. Die Berechnung erfolgt dann gegenüber der anfordernden Stelle, bei ganz bestimmten Konstellationen (z. B. im Zusammenhang mit eingehenden humangenetischen Beratungen nach Ziffer 21) auch gegenüber dem betreffenden Patienten. Der Umfang geht dann über den ausführlichen schriftlichen Krankheits- und Befundbericht mit epikritischer Bewertung und ggf. Therapievorschlägen hinaus.

Sofern also Auskünfte und medizinische Bewertungen erwartet werden, die über die Darstellung des bisherigen Behandlungsverlaufs hinausgehen, ist von einer gutachterlichen Äußerung auszugehen.

Häufige Anwendungen sind:

- Beantwortung von Versicherungsanfragen
- Ärztliche Gutachten im Rahmen eines gerichtlichen Verfahrens zum Beispiel bei Gewalttaten
- Ärztliche Gutachten für den Sportverein
- Beurteilung von Unfall-Verletzungen
- Beantwortung von Versicherungsanfragen
- Gutachten im Zusammenhang von Einstellungen bei Unternehmen

ABRECHNUNGSTIPPS FÜR DIE PRIVATABRECHNUNG

Es empfiehlt sich, bei solchen Anfragen von „Dritten“ eine Honorarvereinbarung mit dem Auftraggeber über den Ansatz eines höheren Faktors zu schließen, wenn zu erwarten ist, dass eine Vielzahl von Behandlungsunterlagen ausgewertet werden muss. Bietet die anfragende Stelle ein Pauschalhonorar an, so kann der Arzt an die Abrechnung dieses Pauschalhonorars gebunden sein, wenn er keine anderweitige Vereinbarung trifft.

In diesem Ausnahmefall ist der Arzt auch nicht an die Abrechnung nach GOÄ gebunden, wie er ansonsten generell ist, soweit es sich um keine vertragsärztliche Leistung handelt.

Merke:

Erfordert die schriftliche gutachterliche Äußerung einen mehr als 30-minütigen Zeitaufwand, dann ist alternativ die Ziffer 85, je angefangene Stunde Arbeitszeit, abzurechnen, da einem solchen Aufwand mit der Ziffer 80 selbst bei vollständiger Ausschöpfung des Gebührenrahmens nicht mehr Rechnung getragen werden kann.

Neben der schriftlichen gutachterlichen Äußerung sind die notwendigerweise durchgeführten Sonderleistungen (z. B. klinische Untersuchung, laboratoriumsdiagnostische Leistungen) gesondert berechnungsfähig.

Schreibgebühr, nicht vergessen:

- nach Ziffer 95, je angefangene Seite
- nach Ziffer 96, je Kopie

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.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte gerne an Ihre regionale PVS.



Die Privatärztlichen Verrechnungsstellen

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

BILDNACHWEISE
Seite 1, 48 auf Basis von © Elena Butusova - stock.adobe.com
Seite 4 © Privat
Seite 10 © ipopba - stock.adobe.com
Seite 18 © LIGHTFIELD STUDIOS - stock.adobe.com
Seite 24 © SOMKID - stock.adobe.com
Seite 27 © Zaleman - stock.adobe.com
Seite 30 © eyetronic - stock.adobe.com
Seite 37 © natali_mis - stock.adobe.com
Seite 41 © bidala - stock.adobe.com

DRUCK
MG-Print, Herford

LAYOUT
Olaf Brandmeyer, Bünde

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

© 2024 AAC PRAXISBERATUNG AG
Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit
schriftlicher Genehmigung des Herausgebers.

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

