

AAC *Magazin*



NEUES ZU ABRECHNUNG UND HONORAR AUF EINEN BLICK

AUSGABE 22 – Q3 2024

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

DRUCK
MG-Print, Herford

LAYOUT
Olaf Brandmeyer, Bünde

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

BILDNACHWEISE
Seite 1 auf Basis © pickup - stock.adobe.com
Seite 9 © Prostock-studio - stock.adobe.com
Seite 10 © Andrey Popov - stock.adobe.com
Seite 17 © Christoph Burgstedt - stock.adobe.com
Seite 21 © Leka - stock.adobe.com
Seite 24 © LAYHONG - stock.adobe.com
Seite 31 © Urupong - stock.adobe.com
Seite 36 auf Basis © Elena Butusova - stock.adobe.com

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

VORWORT 3

IN EIGENER SACHE

Der Hausarztvermittlungsfall als Mittel zur „Umsatzrettung“ . . . 4
Die Patientenkartei im AAC-PRAXISNAVIGATOR® Teil 2 6
Unsere Fortbildungen für Sie 8

NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK 10

LEISTUNGEN UND VERSORGUNG 11

Kurz für Sie notiert 18
Arzneimittel 20

DIGITALE PRAXIS 22

DiGA – Digitale Gesundheitsanwendungen. 22

REGIONALE KV-REGELUNGEN 25

REGIONALE HZV-REGELUNGEN 32

ABRECHNUNGSTIPPS FÜR DIE PRIVATABRECHNUNG 34

WILLKOMMEN

KUNDENMAGAZIN DER AAC PRAXISBERATUNG AG

Sehr geehrte Frau Doktor,
sehr geehrter Herr Doktor,

das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) hat die erste entscheidende Hürde genommen. Nach der Verabschiedung durch das Bundeskabinett ist damit der Weg für die parlamentarischen Beratungen frei. Im Moment soll das Gesetz zum Januar 2025 in Kraft treten.

Damit befindet sich die Entbudgetierung für die Hausärzte auf der Zielgeraden. Wenn der Zeitplan eingehalten wird, kann die Entbudgetierung in Q4 2025 Realität werden. Dies bedeutet, dass die Budgetierung in den betroffenen KVn noch weitere fünf Quartale weiterbestehen wird. Und wie schnell aus einem „alles wird bezahlt“ ein budgetiertes Honorar werden kann, haben die Hausärzte in Baden-Württemberg erst vor kurzem schmerzlich erfahren müssen.

Wir haben in den letzten beiden Quartalen verstärkt dazu beraten, die **extrabudgetär vergüteten Leistungen** auszubauen. Dies bleibt nach wie vor aktuell. Bei den Hausärzten stehen Vorsorgen, Beratung zur Organspende, Früherkennungsverträge und DMP im Vordergrund, während bei Fachärzten beim Hausarztvermittlungsfall noch viel Luft nach oben besteht. Viele Facharztpraxen zeigen, dass man mit der Kombination aus offener Sprechstunde und der Nutzung des Hausarztvermittlungsfalls sogar die weggefallenen Umsätze durch die Neupatientenregelung überkompensieren kann. Dabei können wir Sie unterstützen!

Wir möchten Sie natürlich auch auf unsere beiden virtuellen Fortbildungen im Juli zum Thema „Praxiswissen Dokumentation“ sowie „Das 1 x 1 des guten Kodierens“ aufmerksam machen – Anmeldung auf Seite 8.

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

DER HAUSARZTVERMITTLUNGSFALL ALS MITTEL ZUR „UMSATZRETTUNG“

Viele Praxen überschreiten bereits nach sechs bis acht Wochen ihr Budget. Der Ärger ist beim Blick auf den Honorarbescheid vorprogrammiert, wenn von der Budgetüberschreitung nur ein geringer Betrag vergütet wird, man also die meisten Leistungen umsonst erbracht hat. Hier lohnt sich noch einmal einen Blick auf die zuletzt im Januar 2023 aktualisierten Möglichkeiten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) zu werfen.

Grundversorgende Fachärzte wie z. B. Neurologen, Gynäkologen oder Orthopäden haben über die **offene Sprechstunde** die Option, eine Budgetüberschreitung zu minimieren und im Arztgruppenfall bei 17,5 % der Patienten extrabudgetär vergüteten Umsatz zu generieren. Hausärzte, Kinderärzte und spezialisierte Fachärzte wie z. B. die Fachinternisten, haben diese Möglichkeit nicht. Hier gibt es den **Hausarztvermittlungsfall**. Diese Option steht ebenfalls den Grundversorgenden Fachärzten zur Verfügung, wenn nach Ausschöpfung der offenen Sprechstunden immer noch eine Budgetüberschreitung existiert.

Ein Patient mit einer medizinischen Dringlichkeit zur Abklärung kann an den Facharzt überwiesen und die extrabudgetär vergütete Ziffer 03008 bzw. 04008 in Höhe von 15,63 € angesetzt werden. Der Facharzt vergibt einen Termin innerhalb von 35 Tagen und erhält einen Zuschlag in Höhe von 40 bis 100 % auf die Grundpauschale. Zudem werden alle Leistungen im Arztgruppenfall extrabudgetär vergütet. Das klingt nach einer win-win-Situation. Im Moment wird der Hausarztvermittlungsfall von den Praxen – trotz Budgetüberschreitung – aber sehr unterschiedlich genutzt. Es gibt Praxen, die eine fünfstellige Budgetüberschreitung haben und trotzdem den Hausarztvermittlungsfall nicht oder nur in Einzelfällen nutzen. Genauso gibt es Praxen, die es geschafft haben, die im Januar entfallene Neupatientenregelung durch den Hausarztvermittlungsfall (und die offene Sprechstunde) zu kompensieren oder sogar zu überkompensieren.

Hier spielt weniger das Wissen zur Abrechnung als die Kompetenz zur organisatorischen Umsetzung die entscheidende Rolle. Fach- und Hausärzte müssen sich zusammensetzen und festlegen, wie sie aufwandsarm und effizient die Zusammenarbeit organisieren. Keine Hausarzt-MFA muss in der Schleife des Festnetzanschlusses einer Facharztpraxis ihre wertvolle Arbeitszeit unproduktiv verträdeln. Hier gibt es andere, deutlich besser funktionierende Optionen.

DER HAUSARZTVERMITTLUNGSFALL ALS MITTEL ZUR „UMSATZRETTUNG“

In der Praxis haben sich für die Umsetzung die folgenden Ideen bewährt, die wir noch einmal kurz zusammenfassen wollen:

- Buchung des Termins über den Terminservice der 116117: praxis.116117-termine.de
Hier können von Fachärzten bereitgestellte Termine bequem online durch die Hausarztpraxis gebucht werden.
- Nutzung eines eigenen Mobiltelefons/Klingeltons für die Terminbuchung durch die MFA der Hausarztpraxis
Hier ist der Vorteil der Nutzung einer bewährten, aufwandsarmen Option, mit der die Facharztpraxis direkt erreicht werden kann. Der Zeitaufwand beträgt 1-2 Minuten.
- Nutzung eines Formulars zur Terminvereinbarung mit dem Patienten durch die Facharztpraxis.

Auf diesem Formular übermittelt die Hausarztpraxis zusammen mit der Überweisung die Kontaktdaten des Patienten und die Dringlichkeit der Terminvergabe (nach 1–4, 5–14, 15–35 Kalendertagen) per Fax, E-Mail oder KIM an die Facharztpraxis. Diese vereinbart mit dem Patienten den Termin und übermittelt das Datum wieder an die Hausarztpraxis. Der weitere Vorteil liegt darin, dass direkt Patientenpräferenzen bei der Terminvergabe berücksichtigt und Terminverschiebungen so vermieden werden können. Das Formular finden Sie zum download hier www.aac-ag.de/service/hausarztvermittlung.



Wir können Facharztpraxen mit unserem speziell programmierten **TSVG-Check** zeigen, welche Auswirkungen die Nutzung bzw. der Ausbau des Hausarztvermittlungsfalls hat und wie sich so mit einem vertretbaren Aufwand wirksam Honorar „retten“ lässt.

Sprechen Sie uns gerne an.

DIE PATIENTENKARTEI IM AAC-PRAXISNAVIGATOR® TEIL 2

In der letzten Ausgabe des Magazins haben wir Ihnen bereits die Möglichkeiten und den Nutzen der Patientenkartei im Praxisalltag vorgestellt.

Seit Juni bieten wir Ihnen nun zusätzlich die Möglichkeit, die Patientenkartei auch für Suchen und Abfragen über mehrere Quartale zu nutzen, d. h. über mehrere Quartale zu prüfen, wie häufig Leistungen abgerechnet wurden. Das kann relevant sein, wenn es um Leistungen geht, die nur mit einer bestimmten Häufigkeit maximal im Krankheitsfall ansetzbar sind.

Beispiel für eine Abfrage über mehrere Quartale

Sie betreuen Pflege- oder Altenheime und haben mit diesen einen Heimvertrag abgeschlossen? Dann können Sie drei Mal im Krankheitsfall für die dort versorgten Patienten eine Fallkonferenz nach Ziffer 37120 abrechnen. Um herauszufinden, bei welchen Patienten im aktuellen Quartal noch eine Fallkonferenz möglich ist, können Sie die Patientenkartei zu Rate ziehen.

Dazu wählen Sie die vier zu prüfenden Quartale **1** aus und geben die 37120 als abgerechnete Ziffer **2** ein.

Das Ergebnis können Sie sich über den Button ‚Patientenkartei Excel‘ **3** als Tabelle ausgeben lassen und sehen auf einen Blick, in welchem Quartal bei welchem Patienten die 37120 bereits abgerechnet wurde.

Patientenkartei Filter

Filter für Patienten

Name

Alter

Geschlecht

Datum Am/Von

Datum bis

Krankenkasse

Ärzte

Quartal auswählen:

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

ICD und und nicht

und - oder innerhalb eines Behandlungstages

GON und und nicht

Dateiname: automatische Dateinamen-Generierung

DIE PATIENTENKARTEI IM AAC-PRAXISNAVIGATOR® TEIL 2

Tabellarisches Ergebnis der Abfrage:

| Patientenr. | Q 2/2023 | Q 3/2023 | Q 4/2023 | Q 1/2024 |
|-------------|----------|----------|----------|----------|
| | X | X | X | |
| | X | X | X | |
| | X | | X | X |
| | X | X | | X |
| | X | X | | |
| | X | X | | X |
| | X | X | | |
| | X | X | X | |
| | | X | | X |
| | X | X | | |
| | X | | | X |

Das Kreuz zeigt Ihnen, in welchem Quartal die Leistung erbracht und abgerechnet wurde. Somit erkennen Sie sofort, dass bei den markierten Patienten in diesem Quartal noch eine Fallkonferenz durchführbar und abrechnungsfähig ist.

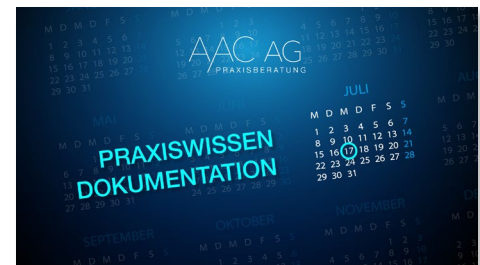
UNSERE FORTBILDUNGEN FÜR SIE

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

Praxiswissen Dokumentation

➔ Mittwoch, den 17. Juli 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.



Das 1 x 1 des guten Kodierens

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

Das Kodieren von Behandlungsdiagnosen gehört zum Tagesgeschäft eines Vertragsarztes. Das Thema ist allerdings bei vielen Ärzten nicht gerade beliebt, da es mit Zusatzaufwand verbunden ist. Anhand zahlreicher Beispiele zeigen wir Ihnen, wie Prüfungsgremien auf dieses Thema schauen und wie Sie zeitsparend und fokussiert kodieren können.



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





NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK

Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG

Gesundheitsminister Lauterbach macht Druck, der Gesetzesentwurf, der u. a. die Entbudgetierung für Hausärzte, die Neuregelung der Chroniker- und der Vorhaltepauschale bringen soll, wurde bereits in erster Lesung am 28.06.2024 im Bundestag debattiert und zur weiteren Beratung an den Gesundheitsausschuss überstellt.

Ein Inkrafttreten in Q1 2025 ist damit wahrscheinlich. Allerdings kann sich inhaltlich noch viel tun.

Wir halten Sie auf dem Laufenden!



LEISTUNGEN UND VERSORGUNG

ALLE FG

Blankverordnung für häusliche Krankenpflege

Seit 01. Juli können Ärzte eine „Blankverordnung“ für die häusliche Krankenpflege ausstellen. Damit erhalten Pflegefachkräfte mehr Befugnisse und dürfen innerhalb des ärztlich festgelegten Ordnungsrahmens selbst über die Dauer und die Häufigkeit der ärztlich verordneten Maßnahmen entscheiden.

Das Verordnungsformular 12 wurde dafür angepasst. Es gibt ein neues Ankreuzfeld „Häufigkeit/Dauer von Pflegefachkraft“, welches ausgewählt wird, wenn es, außer der anzuwendenden Maßnahme, keine weiteren ärztlichen Vorgaben gibt. Werden mehrere Maßnahmen verordnet, kann für jede Maßnahme separat entschieden werden.

Wichtig

Es darf ab Juli nur noch das neue Formular verwendet werden. Bereits ausgestellte Verordnungen behalten aber ihre Gültigkeit.

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage der KBV: www.kbv.de/html/1150_69875.php

HAUS-
UND
KINDERÄRZTE

Anpassung Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

Zum 01. Juli gibt es Vereinfachungen beim Muster 21.

Folgende Neuerungen wurden vorgenommen:

- Es muss nicht mehr angekreuzt werden, dass eine Betreuung notwendig ist, da sich dies bereits aus der Bescheinigung selbst ergibt.
- Es wird jetzt unterschieden zwischen „Kita- oder Schulunfall/-folgen“ und „sonstiger Unfall, Unfallfolgen“.
- Wenn der Grund für die Erkrankung des Kindes eine anerkannte gesundheitliche Schädigung ist, dann wird das neue Feld „SER“ (Soziales Entschädigungsrecht) angehakt. Hier greifen dann die Regelungen zum Krankengeld der Sozialen Entschädigung aus dem SGB XIV. Diese gelten für Personen, die in der Bundesrepublik Deutschland Opfer einer Gewalttat geworden sind und dadurch eine gesundheitliche Schädigung erlitten haben.

Wichtig

Alte Formulare dürfen nicht mehr verwendet werden.

LEISTUNGEN UND VERSORGUNG

HAUS-
UND
KINDERÄRZTE

Meningokokken B-Impfung für Kinder

Zum 30.05.2024 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen, die Impfung gegen Meningokokken B für Kinder in die Schutzimpfungsrichtlinie aufzunehmen. In vielen KVn steht aber die Aufnahme in die regionalen Schutzimpfungsvereinbarungen noch aus.

Daher kann die Leistung noch nicht über die KVn abgerechnet werden und muss für den Übergangszeitraum den Patienten privat in Rechnung gestellt werden.

Wichtig

Die Verordnung des Impfstoffes erfolgt über Privatrezept und auch die Impfleistung muss als Privatleistung gegenüber dem Versicherten abgerechnet werden. Dieser kann die Rechnung dann im Rahmen der Kosten-erstattung bei seiner Kasse einreichen.

GYNÄKOLO-
GIE

Früherkennung Brustkrebs ab 01. Juli 2024 für Frauen bis 75

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte im September letzten Jahres beschlossen, dass auch Frauen über 69 Jahre am Mammographie-Screening-Programm teilnehmen können. Der Beschluss tritt nun planmäßig zum 01.07.2024 in Kraft.

Damit können ab Juli auch Frauen zwischen 70 und 75 Jahren das Mammographie-Screening alle zwei Jahre im Rahmen der gesetzlichen Leistungspflicht beanspruchen. Damit sind bis zu drei zusätzliche Röntgenuntersuchungen möglich. Da es aktuell aber noch keinen Einladungsprozess für Frauen dieser Altersgruppe gibt, müssen sich diese zunächst selbst um Termine kümmern. Voraussichtlich erhalten Frauen ab 70 Jahren frühestens ab 2026 eine schriftliche Einladung.

Wichtig

Terminvereinbarungen sollen über die „Zentralen Stellen des Mammographie-Screenings“ laufen. Post- und E-Mail-Adressen sowie Telefonnummern der Zentralen Stellen lassen sich mittels Postleitzahlensuche unter www.mammo-programm.de/de/termin finden.

LEISTUNGEN UND VERSORGUNG

GYNÄKOLOGIE

Rahmenvertrag „Mädchensprechstunde M1“

Zum 01. Oktober 2024 tritt ein neuer bundesweit gültiger Vertrag des BKK Landesverbandes Bayern in Kraft. Dieser hat zum Ziel, Mädchen und junge Frauen im Alter von 12 bis 17 Jahren besser zu verschiedenen Themen wie Impfung, Früherkennung und sexueller Gesundheit zu beraten und zu betreuen.

Abgerechnet werden können verschiedene Leistungen:

| Ziffer | Beschreibung | Wert |
|--------------|---|----------------|
| 81330 | Einschreibung | 10,00 € |
| 81331 | Auswertung des Fragebogens und Durchführung des Beratungsgespräches sowie fakultativ und mit Zustimmung der Versicherten durchzuführende körperliche Untersuchung | 82,00 € |
| 81332 | Impfmotivation gegen sexuell übertragbare Erkrankungen (HPV und Hepatitis B) für nicht vollständig immunisierte Versicherte | 10,00 € |

Gynäkologen können bereits zum August ihre Teilnahme an dem Vertrag erklären. Patientinnen werden dann ab 01. Oktober eingeschrieben.

Bitte informieren Sie sich dazu bei Ihrer regionalen KV.

LEISTUNGEN UND VERSORGUNG

OPERIERENDE
ÄRZTE

Zuschläge für Hygieneaufwände bei ambulanten Operationen

Rückwirkend zum 01. Januar 2024 wurden Hygienezuschläge für ambulante Operationen zwischen KBV und GKV-Spitzenverband vereinbart.

Die Hygienezuschläge werden für alle Eingriffe des Abschnitts 31.2 EBM gezahlt. Ausgenommen sind Kataraktoperationen und Leistungen, denen kein OPS-Kode zugeordnet ist. Auch für Sterilisationen (Ziffern 01854, 01855) sowie Abruptio (Ziffern 01904, 01905) gibt es Hygienezuschläge.

Je nach Eingriff ist der Zuschlag unterschiedlich hoch. Die Höhe richtet sich unter anderem nach dem Aufwand der Aufbereitung der OP-Instrumente und der Dauer der Operation. Insgesamt gibt es 66 verschiedene Zuschläge (Ziffern 31020 bis 31082, 01858, 01859, 01907) mit einem Wert zwischen 3,35 € bis 62,18 €, und diese werden extrabudgetär vergütet.

Wichtig

Da die Zuschläge rückwirkend zum 01.04.2024 gelten, hat die KBV die Kassenärztlichen Vereinigungen angehalten, die Zuschläge für das 1. Quartal 2024 automatisch hinzuzusetzen. Ab dem 2. Quartal müssen die Praxen die Zuschläge selbst abrechnen.

Weitere Informationen und eine Übersicht der Zuschläge finden Sie unter folgendem Link:
www.kbv.de/html/1150_69447.php

OPERIERENDE
ÄRZTE

Neue Punktionsleistung und Anpassungen im Zusammenhang mit ambulanten Operationen

Seit 01. Juli 2024 gibt es eine neue Punktionsleistung im EBM:

| Ziffer | Beschreibung | Wert |
|--------------|---|----------------|
| 02344 | perkutane (Nadel-)Biopsie an Lymphknoten, Knochen, Muskeln und Weichteilen verschiedener Lokalisationen sowie an Samenbläschen, Samenleitern, Samensträngen und Nebenhoden einmal im Behandlungsfall | 16,35 € |

LEISTUNGEN UND VERSORGUNG

Die Leistung wird extrabudgetär vergütet, auch wenn sie nicht im Rahmen des AOP-Vertrages erbracht wird. Dann ist allerdings ein bundeseinheitliches Zusatzkennzeichen anzugeben. Begleitleistungen wie Sonographien und MRT-Untersuchungen müssen ebenfalls mit dem Zusatzkennzeichen markiert werden, auch wenn die 02344 im Rahmen des AOP-Vertrags erbracht wird. Nur so werden diese auch extrabudgetär vergütet.

Eine weitere Anpassung betrifft die Angiokardiographie. Hier wurde der Altersbezug gestrichen. Damit ist die Leistung auch bei Erwachsenen berechnungsfähig. Sie wird ab 01. Juli extrabudgetär im Rahmen des AOP-Vertrages oder mit entsprechender Zusatzkennzeichnung vergütet.

| Ziffer | Beschreibung | Wert |
|--------|---|----------|
| 34290 | Angiokardiographie einmal im Behandlungsfall | 167,55 € |

Weitere Anpassungen wurden für die Nachbeobachtungen in Anhang 8 EBM beschlossen.

Für folgende Leistungen ist eine Nachbeobachtung nach den Ziffern 01500 bis 01503 möglich:

- **02342** Lumbalpunktion
- **02302** Diagnostische Mikrokürettage (Strichkürettage) oder Aspirationskürettage
- **02344** perkutane Biopsie an mediastinalen oder paraaortalen Lymphknoten
- **34290** Angiokardiographie

HAUSÄRZTE

Abrechnung von präoperativen Leistungen und Hybrid-DRG innerhalb einer Einrichtung

Bisher konnte ein Hausarzt keine präoperativen Leistungen erbringen und abrechnen, wenn der Operateur, der die OP über Hybrid-DRG abrechnet, in derselben Einrichtung tätig ist. Es war zwingend notwendig, dass die präoperativen Leistungen außerhalb der Einrichtung, die die Operation durchführt, erbracht werden. Diese Einschränkung wurde nun aufgehoben, so dass Hausärzte die präoperativen Ziffern 31010 bis 31013 auch dann abrechnen können, wenn der Operateur der gleichen medizinischen Einrichtung angehört.

LEISTUNGEN UND VERSORGUNG

FG, die implantatbezogene Maßnahmen durchführen

Start Implantatregister

Zum 01. Juli ist das neue Implantatregister Deutschland (IRD) an den Start gegangen. Damit wird ein Register aufgebaut, das systematische Langzeitbeobachtungen als Teil der Qualitätssicherung bei der Versorgung mit Implantaten ermöglicht.

Zunächst betrifft das nur operative Eingriffe bei Brustimplantaten. Ab Januar 2025 sollen dann auch Meldungen zur Erfassung von Endoprothesen für Hüfte und Knie sowie Aortenklappen hinzukommen.

Jede Einrichtung, die implantatbezogene Maßnahmen durchführt, muss sich selbst einmalig beim IRD registrieren. Zunächst handelt es sich um ein Meldeverfahren über eine Webanwendung innerhalb der Telematikinfrastruktur. Perspektivisch soll das Meldeverfahren aber in die Praxissoftware integriert werden.

Folgende Ziffern sind für die Meldung berechnungsfähig:

| Ziffer | Beschreibung | Wert |
|--------------|---|---------------|
| 01965 | Erfassung, Speicherung und Übermittlung von Daten bezüglich einer implantatbezogenen Maßnahme an die Register- und Vertrauensstelle sowie die Erfüllung weiterer gesetzlicher Pflichten | 9,31 € |
| 40162 | Meldegebühr | 6,24 € |

ÄRZTE mit Genehmigung HIV-Versorgung

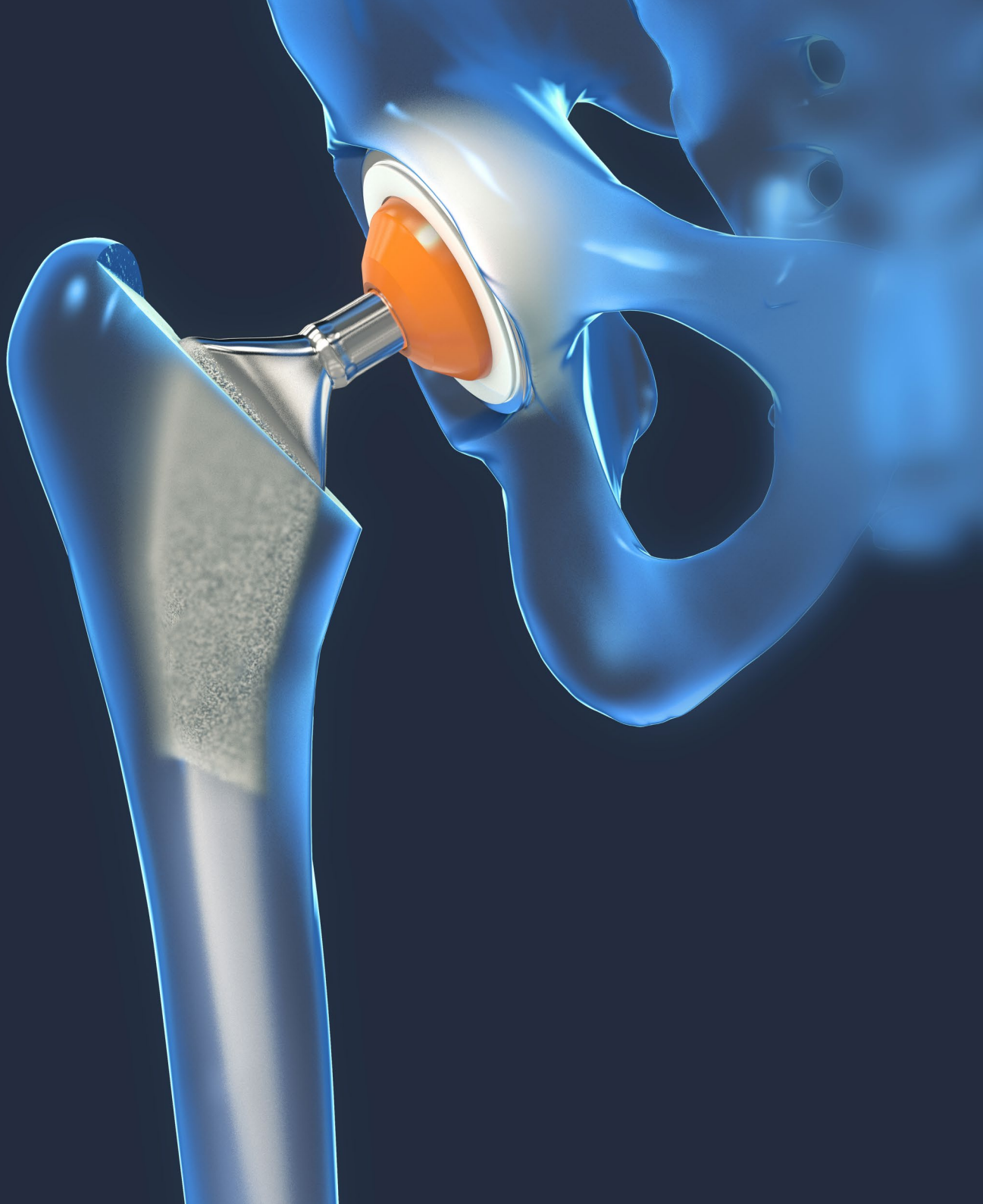
HIV-Präexpositionsprophylaxe – Erleichterung für fachliche Voraussetzungen

Um die Versorgung von Versicherten mit einem Anspruch auf die HIV-Präexpositionsprophylaxe zu verbessern, haben GKV-Spitzenverband und KBV die entsprechende Vereinbarung angepasst und die Voraussetzungen für die Durchführung und Abrechnung vereinfacht.

Demnach wurde

- die Mindestdauer der Hospitation auf 8 Stunden halbiert und
 - die Mindestfallzahl auf 7 Patienten reduziert
- um eine erstmalige Genehmigung zu erhalten.

Für die Aufrechterhaltung der Genehmigung reichen nun sechs jährliche Patienten aus. Ebenso können Fortbildungspunkte zukünftig auch online erworben werden.



KURZ FÜR SIE NOTIERT

➔ Zweitmeinungsverfahren Hüftgelenkersatz ab Juli 2024 und Aortenaneurysmen ab Oktober 2024

Die Beschlüsse des G-BA wurden nicht beanstandet. Damit können Ärzte ab Juli bzw. Oktober ihre Patienten über den Anspruch eines Zweitmeinungsverfahrens bei Hüftgelenkersatz bzw. Aortenaneurysmen informieren und die Leistung abrechnen.

| Ziffer | Beschreibung | Wert |
|---------------|---|---------------|
| 01645J | Aufklärung, Beratung und Zusammenstellung der Patientenunterlagen zum Zweitmeinungsverfahren Hüftgelenkersatz Berechnungsfähig von Orthopäden, Orthopäden und Unfallchirurgen und Ärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin | 8,95 € |
| 01645K | Aufklärung, Beratung und Zusammenstellung der Patientenunterlagen zum Zweitmeinungsverfahren Aortenaneurysma Berechnungsfähig von Ärzten für Gefäßchirurgie, Herzchirurgie, Innere Medizin und Angiologie und Innere Medizin und Kardiologie | 8,95 € |

➔ Corona-Impfung ab 01.06.2024

Zum 01. Juni ist die wöchentliche Meldung der tagesgenau dokumentierten Daten zu den durchgeführten Covid-19-Impfungen entfallen.

➔ Beratung zur Organspende – Hinweis auf neues Register

Seit März gibt es ein zentrales elektronisches Verzeichnis zur Organspende, in welchem sich Patienten freiwillig und kostenfrei eintragen können. In der Beratung zur Organspende soll nun auch der Hinweis auf dieses Register erfolgen. Eine Beratung zum Verfahren der Registrierung und Erläuterung ist damit nicht verbunden. Dafür stellt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gesondertes Informationsmaterial bereit.

KURZ FÜR SIE NOTIERT

➔ DMP Adipositas

Nachdem das BMG den Beschluss des G-BA vom November 2023 nicht beanstandet hat, kann das DMP Adipositas nun in den regionalen KVn auf den Weg gebracht werden. Die Krankenkassen und KVn müssen jetzt Details wie die Vergütung in regionalen DMP-Verträgen verhandeln und festlegen. Wir informieren Sie, wenn die ersten DMP-Verträge Adipositas das Licht der Welt erblicken.

➔ Angleichung „Kinder-AU“ an normale AU bei telefonischer oder Fernbehandlung

KBV und GKV-Spitzenverband haben sich in einer Vereinbarung im Bundesmantelvertrag-Ärzte darauf geeinigt, die Voraussetzungen für die ärztliche Bescheinigung bei Erkrankung eines Kindes (Muster 21) im Rahmen der Fernbehandlung ("Kinder-AU" telefonisch oder per Video) der Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit dauerhaft anzugleichen. Die bisherige Befristung bis zum 30. Juni 2024 ist damit aufgehoben.

➔ Systemische Therapie für Kinder und Jugendliche

Zum 01. Juli steht auch für Kinder und Jugendliche die systemische Therapie als Kassenleistung zur Verfügung. Sie kann bei allen Indikationen angewendet werden, die in der Psychotherapie-Richtlinie festgelegt sind.

Für die Abrechnung werden die gleichen Ziffern genutzt, die bereits seit Anfang 2020 für die Erwachsenen zur Verfügung stehen.

- Einzeltherapie 35431, 35432, 35435
- Gruppentherapie 35703 – 35709 sowie 35713 – 35719

ARZNEIMITTEL

Wir berichten kurz über EBM-Leistungen im Bereich der Therapie mit Arzneimitteln. Dabei handelt es sich entweder um Leistungen

- der laut Fachinformation erforderlichen zusätzlichen Diagnostik vor erstmaliger Gabe des Wirkstoffs (Companion Diagnostic) oder
- im Zusammenhang mit der Applikation (z. B. Infusion) von Medikamenten.

NEUROLOGIE

EBM-Anpassungen für Onpattro®

Das Medikament Onpattro® wird bei der hereditären Transthyrethin-Amyloidose mit Polyneuropathie der Stadien 1 und 2 eingesetzt. Es handelt sich um eine Infusion mit einer Dauer von 80 Minuten. Daher wird die Ziffer 02102 „Intravasale Infusionstherapie“ um den Wirkstoff Patisiran ergänzt. Ebenso werden die Ziffern 01540 bis 01542 um den Wirkstoff Patisiran ergänzt, wenn eine Verlängerung der Infusionszeit notwendig ist. Damit sind folgende Leistungen bei der Gabe von Onpattro® berechnungsfähig und werden extrabudgetär vergütet.

| Ziffer | Beschreibung | Wert |
|--------------|--|-----------------|
| 02102 | Infusionstherapie mindestens 60 Minuten | 19,69 € |
| 01540 | Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter Behandlung mit Arzneimitteln, einschließlich Infusionen <ul style="list-style-type: none">• Dauer mehr als 2 Stunden | 46,06 € |
| 01541 | <ul style="list-style-type: none">• Dauer mehr als 4 Stunden | 74,59 € |
| 01542 | <ul style="list-style-type: none">• Dauer mehr als 6 Stunden | 114,68 € |

ARZNEIMITTEL

GYNÄKOLOGIE,
PATHOLOGIE

Begleitdiagnostik beim Brustkrebsmedikament Orserdu®

Zur Behandlung von fortgeschrittenem Brustkrebs mit dem Medikament Orserdu® wurden für die Begleitdiagnostik zum Juli zwei neue Leistungen zur Mutationsbestimmung in den EBM aufgenommen. Dies ist notwendig, da die Fachinformation für das seit 2023 zugelassene Medikament ärztliche Leistungen vorsehen, die bisher nicht im EBM enthalten waren. Damit können ab Juli vor Behandlung mit Orserdu® ESR1-Mutationen bestimmt werden. Pathologen können dafür die neuen Ziffern 19466 und 19467 abrechnen.



DIGITALE PRAXIS

ALLE FG

KIM-Adressen jetzt auch in der Kollegensuche

Die KIM-Adressen von Praxen sind jetzt auch in der Kollegensuche des Online-Dienstes der KBV enthalten.

Wichtig

Die Suche nach der KIM-Adresse ist relevant, um z. B. dem überweisenden Arzt einen eArztbrief zu senden. Über die Suchfunktion kann man aber auch z. B. nach Nachnamen, Praxisadresse, Arzt- oder Betriebsstättennummer (BSNR), Fachgebiet, Zusatzbezeichnungen oder Fremdsprachen suchen. Die BSNR der Facharztpraxis muss ein Hausarzt z. B. beim Hausarztvermittlungsfall im PVS angeben.

ALLE FG

Empfang von eArztbriefen

Seit 30. Juni sind alle Praxen verpflichtet, elektronische Arztbriefe empfangen zu können. Zunächst war der Empfang eine freiwillige Anwendung, die mit dem Digital-Gesetz nun verpflichtend wurde.

Da Praxen bereits über das eArztbrief-Modul verfügen müssen, weil sonst die TI-Pauschale um 50 % gekürzt wird, sollte diese Verpflichtung keine Auswirkungen auf die Praxis haben. Ausgenommen von der Kürzung sind nur Praxen, deren Software-Anbieter noch kein eArztbrief-Modul bereitgestellt haben.

DiGA – DIGITALE GESUNDHEITSANWENDUNGEN

ALLE FG

Bessere Vergütung von Leistungen für vorläufig aufgenommene DiGA ab 01. Juli

Ärztliche Leistungen bei der Anwendung einer DiGA, die bisher vorläufig in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen ist, werden ab Juli besser vergütet. Die abrechnungsfähige Ziffer 86700 wurde von 7,12 € auf 7,64 € erhöht. Darauf verständigten sich KBV und GKV-Spitzenverband und haben den Bundesmantelvertrag Ärzte entsprechend angepasst.

Damit entspricht die Vergütung für vorläufig aufgenommene DiGA den Vergütungen für dauerhaft aufgenommene DiGA im EBM.

Die Ziffer 86700 ist aktuell für Verlaufskontrollen und Individualisierungen folgender DiGA berechnungsfähig:

- elona therapy Depression
- ProHerz
- Orthopy bei Knieverletzungen

DiGA

DIGITALE GESUNDHEITSANWENDUNGEN

ALLE FG

Zertifizierte Software für DiGA-Verordnungen ab Oktober notwendig

Damit Praxen einen vollständigen Überblick über die verordnungsfähigen DiGA erhalten, hatte der Gesetzgeber festgelegt, dass hierzu eine zertifizierte Software genutzt werden muss. Diese Verpflichtung greift nun ab Oktober 2024. Praxen, die DiGA verordnen, müssen spätestens ab dann eine von der KBV zertifizierte Software verwenden.

Mit Stand Mai gibt es neun zertifizierte Systeme, darunter Profimed, medatixx und EVA. Offen ist, ob diese zusätzliche Zertifizierung die PVS-Hersteller dazu veranlasst die Module für die Praxis kostenpflichtig zu gestalten.

KINDERÄRZTE

Mawendo und companion patella

Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin können die Ziffern 01476 und 01477 seit 01. April auch berechnen. Da beide Digitalen Gesundheitsanwendungen auch bei unter 18-Jährigen anwendbar sind, war eine Anpassung des EBM an dieser Stelle notwendig.

| Ziffer | Beschreibung | Wert |
|--------------|--|---------------|
| 01476 | Zusatzpauschale für die Auswahl und/oder Individualisierung von Inhalten der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) Mawendo | 7,64 € |
| 01477 | Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) companion patella | 7,64 € |

HAUSÄRZTE, INTERNIS- TEN OHNE SCHWER- PUNKT, NEPHRO- LOGIE, NEUROLOGIE, UROLOGIE

Kranus Lutera

Hausärzte, Internisten ohne Schwerpunkt, Internisten mit Schwerpunkt Nephrologie, Vertragsärzte mit Genehmigung für Blutreinigungsverfahren/Dialyse, Neurologen und Urologen können seit 01. Juli die Verlaufskontrolle bei der App „Kranus Lutera“ berechnen. Die DiGA ist seit April dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen worden und bei Männern ab 18 Jahre mit einer Blasenentleerungsstörung verordenbar.

| Ziffer | Beschreibung | Wert |
|--------------|--|---------------|
| 01478 | Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) Kranus Lutera | 7,64 € |



REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2024

BADEN-
WÜRTTEM-
BERG

Prüfung von Verordnungen von Krankenförderungen

Die AOK in Baden-Württemberg hat angekündigt, ab Q2/24 die wirtschaftliche Verordnung von Krankenförderungen zu überprüfen.

Quelle: www.kvbawue.de/praxis/aktuelles/nachrichten-zum-praxisalltag/news-artikel/pruefung-von-verordnungen-von-krankenbefoerderungen-muster-4

BERLIN

Vertrag zur besonderen Versorgung in der Onkologie mit der TK

Aufgrund der Anpassung der Arzneimittel-Richtlinie zur Austauschbarkeit biologisch wirksamer Arzneimittel wird das Modul 1 des Vertrags auf unbestimmte Zeit ausgesetzt. Damit ist eine Abrechnung der Ziffer 99221 ab dem 01.07.2024 nicht mehr möglich.

Quelle: www.kvberlin.de/fuer-praxen/aktuelles/praxis-news/detailansicht/pn240529

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2024

BREMEN

DMP Osteoporose

| Vertragsstart | 01.07.2024 | |
|----------------------------------|---|---------|
| teilnahmeberechtigte Versicherte | <ul style="list-style-type: none">• Frauen ab vollendetem 50. Lebensjahr• Männer ab vollendetem 60. Lebensjahr• mit einer medikamentös behandlungsbedürftigen Osteoporose | |
| teilnahmeberechtigte Ärzte | Koordinierende Ärzte: Hausärzte Fachärzte: Fachärzte für Orthopädie bzw. Orthopädie und Unfallchirurgie | |
| Leistungen | | |
| Ziffer | Beschreibung | Wert |
| 99830 | Einschreibepauschale | 20,00 € |
| 99831 | Folgedokumentation | 20,00 € |
| 99832 | Qualitätssicherungspauschale | 10,00 € |
| 99833 | Zuschlag Implementierung (zur Einschreibepauschale) | 5,00 € |
| 99834 | Betreuungspauschale | 11,00 € |
| 99835 | Sturzanamnese | 6,50 € |
| 99837 | Schulung „Patientenprogramm Osteoporose der Orthopädischen Gesellschaft für Osteologie“ | 20,00 € |
| 99838N | | 20,00 € |

Quelle: www.kvvh.de/praxen/nachrichten/detail/neues-disease-management-programm-osteoporose-geht-im-juli-an-den-start

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2024

BREMEN

DMP Asthma und COPD – Vertragsanpassungen

| DMP Asthma gültig ab | 01.04.2024 | |
|----------------------|--|----------------|
| DMP COPD gültig ab | 01.10.2024 | |
| Leistungsergänzungen | | |
| Ziffer | Beschreibung | Wert |
| 99955 | Anleitung zum Selbstmanagement Asthma | 10,00 € |
| 99967 | Anleitung zum Selbstmanagement COPD | 10,00 € |
| 99956 | Gespräch zur Tabakentwöhnung Asthma (FÄ) | 10,00 € |
| 99968 | Gespräch zur Tabakentwöhnung COPD (FÄ) | 10,00 € |

Ebenso wird die Vergütung für Schulungen und Sachkosten erhöht.

Quelle: www.kvhb.de/praxen/nachrichten/detail/beim-dmp-asthma-und-copd-koennen-jetzt-weitere-leistungen-abgerechnet-werden

HAMBURG

Aufteilung DMP Vertrag Asthma und COPD

Der DMP Vertrag Asthma und COPD wurde zum 01.04.2024 in einen DMP-Vertrag Asthma und einen DMP-Vertrag COPD aufgeteilt.

Quelle: www.kvhh.net/de/praxis/recht-vertraege/vertraege-der-kvh/dmp.html#item-e054e289-60cd-4842-9c4d-185c11c7e6a6

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2024

MECKLEN-
BURG-VOR-
POMMERN

BARMER-Vertrag Hautkrebsvorsorge – Anpassung der Vergütung

Zum 01. April 2024 wurde die Vergütung für die ergänzende Hautkrebsvorsorge für Versicherte unter 35 Jahren dem aktuellen Orientierungspunktwert angepasst und wird jetzt mit 30,19 € vergütet.

Quelle: KV Mecklenburg-Vorpommern, Journal Juni 2024

Anpassungen DMP Asthma und COPD

| | | | |
|-------------------------------------|--------------------|--------------------|--|
| Gültigkeit ab | 01.04.2024 | | |
| Leistungsanpassungen | | | |
| Beschreibung | Wert ab 01.04.2024 | Wert ab 01.04.2025 | |
| Qualitätssicherungspauschale für HÄ | 22,00 € | 23,00 € | |
| Mitbehandlungspauschale für FÄ | 15,00 € | 16,00 € | |

Quelle: KV Mecklenburg-Vorpommern, Journal Mai 2024

NIEDER-
SACHSEN

Vertragsende „Pro Niere“ mit TK

Für TK-Versicherte endet das besondere Versorgungsangebot „Pro Niere“ für Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz zum 30.06.2024.

Quelle: Rundschreiben KVN Mai 2024

Beitritt der BARMER zum Vertrag Smart-Ereignis-Rekorder

Zum 01. Mai ist die BARMER dem Vertrag beigetreten und ermöglicht die Untersuchungen ihrer Versicherten mit smarten EKG-Sensoren bei Synkope/Herzrhythmusstörungen. An diesem Vertrag können alle Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie mit einer Genehmigung zur Doppler-Echokardiographie teilnehmen.

Quelle: Rundschreiben KVN Mai 2024

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2024

NORDRHEIN

Elektrische Kardioversion

Sofern im Zusammenhang mit der elektrischen Kardioversion Leistungen der Anästhesie oder transösophagealen Echokardiographie erbracht werden, sind diese Leistungen mit einem „E“ zu kennzeichnen.

Quelle: www.kvno.de/aktuelles/aktuelles-detail/nachricht/extrabudgetaere-verguetung-fuer-die-elektrische-kardioversion

SAARLAND

Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs

Die budgetierte Gesamtvergütung wird ab sofort hauptsächlich für das Praxisbudget verwendet. Dadurch werden Leistungen, die das Praxisbudget übersteigen, noch geringer vergütet.

Für die Umsetzung werden die Praxisbudgets ab 3/24 auf den Daten der Quartale 3/23 bis 2/24 neu kalkuliert. Darin fließen die abgestaffelten Honorare aufgrund einer Budgetüberschreitung abzgl. eines Korrekturfaktors mit ein. Dadurch werden die Praxisbudgets gestärkt und die Vergütung zukünftiger Budgetüberschreitungen niedriger ausfallen.

Quelle: www.kvsaarland.de/kb/hvm-2024

SACHSEN

Vereinbarung zur Katarakt-Nachsorge mit AOK PLUS endet

Zum 30.06.2024 hat die AOK die Vereinbarung gekündigt. Damit sind die Leistungen der Nachkontrollen nicht mehr berechnungsfähig.

Quelle: www.kvsachsen.de/fuer-praxen/aktuelle-informationen/praxis-news/katarakt-nachsorge-vereinbarung-mit-der-aok-plus-endet-zum-30-juni-2024

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2024

SACHSEN- ANHALT

Änderungen Honorarverteilungsmaßstab ab 01.07.2024

- Erhöhung der Vergütung für die im Fahrdienst abgerechneten Leistungen, Kosten und Wegepauschalen
- Bereinigung des QZV Interventionelle Kardiologie um die Ziffern 34291, 34292 und 01521, da diese seit Q1/24 extrabudgetär vergütet werden

Quelle: www.kvsa.de/praxis/abrechnung-honorar/honorarverteilung/2024/3-quartal-2024.html

SCHLESWIG- HOLSTEIN

DMP bei sonstigen Kostenträgern ab 01.07.2024

- Für folgende sonstige Kostenträger können DMP-Leistungen erbracht und abgerechnet werden:
 - Landespolizei SH
 - Landesfeuerwehr SH
 - Soldaten der Bundeswehr
- Es können alle DMP-Leistungen in allen DMP-Indikationen über die Quartalsabrechnung der KV abgerechnet werden.

Quelle: www.kvsh.de/praxis/praxisfuehrung/newsletter/dmp-4

WESTFALEN- LIPPE

Änderungen Honorarverteilungsmaßstab ab 01.07.2024

- Herzkatheteruntersuchung bei Kardiologen
 - Auflösung QZV Herzkatheteruntersuchungen aufgrund der extrabudgetären Vergütung der Ziffern 34291, 34292 sowie 01521, 01522
 - Für die Ziffer 01520 wird ein Arztgruppenkontingent gebildet. Bei Überschreitung können diese Leistungen quotiert werden.
- Umsatzgarantie im Fahrdienst wird gestrichen

Quelle: www.kwwl.de/fileadmin/user_upload/pdf/Amtliche_Bekanntmachungen/2024/Infotext_HVM-AEnderungen_12024_und_32024.pdf



REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2024

BUNDESWEIT AUSSER BADEN-WÜRTTEMBERG

| Vertrag | Alt | Neu |
|-----------|--|---|
| TK | ./. | Struktur- und Qualitätspauschale (SQP) 6,00 € pro Quartal/eingeschriebenem Patienten |
| | P3 25,00 € mit Preisanpassung | P3 20,00 € ohne Preisanpassungen |
| | Innovationszuschlag 8,00 € bei mind. drei vorhanden Merkmalen: <ul style="list-style-type: none"> • TI-Paket • eArztbriefe und KIM • online buchbare Termine | Innovationszuschlag max. 11,00 € je Merkmal: <ul style="list-style-type: none"> • Qualitätssiegel nachhaltige Praxis vorhanden 3,00 € • online buchbare Termine 2,00 € • Vorsorgeplaner und eArztbrief, KIM 2,00 € • Impfmanagement-Modul 2,00 € |
| | ./. | Gesundheitsuntersuchung unter 35 45,00 € |
| | ./. | Stuhltest 6,80 € |
| | ./. | Modul Diabetesleber im Bereich Früherkennung von Begleiterkrankungen Diabetes Vor- und Nachsorge jeweils 15,00 € |
| | ./. | Modul Geriatrie mit gesonderter Qualifikation Basismodul ambulante geriatrische Betreuung 50,00 € alle zwei Jahre Zuschlag Hausbesuch 15,00 € je Besuch |
| | Einsatz arriba 15,00 € Nachsorgekontrolle bei positivem Befund 30,00 € | arriba-Zuschlag 1,00 € auf jede Struktur- und Qualitätspauschale (SQP) arriba-EL PPI-Modul 15,00 € |
| | Unvorhergesehene Inanspruchnahme | in Pauschale überführt |
| | Kleine Chirurgie | in Pauschale überführt |
| | Bei weiteren Leistungen wurden die Vergütungen erhöht auf die Preise des EBM bzw. der Impfvereinbarungen: <ul style="list-style-type: none"> • Bauchaortenaneurysma Aufklärung und Ultraschall • Hautkrebsscreening • Krebsfrüherkennung Mann • Kinder- und Jugendvorsorgen • Impfleistungen | |

REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2024

BADEN-WÜRTTEMBERG

| Vertrag | Alt | Neu |
|--------------------|--|---|
| IKK classic | P1 Kontaktunabhängige Grundpauschale 72,00 € | 84,00 € |
| | ./. | Zuschlag auf P1 für Anstellung nichtärztlicher akademischer Gesundheitsberufe 1 Stelle = 10,00 € 0,75 Stelle = 7,50 € 0,5 Stelle = 5,00 € Voraussetzung: Meldung der Anstellung im Arztportal Achtung: Befristung bis 30.06.2026 |

HESSEN, NORDRHEIN, WESTFALEN-LIPPE

| Vertrag | Alt | Neu |
|------------|---|----------|
| LKK | Behandlungspauschale > 60 Jahre = 44,00 € | 48,00 € |
| | Palliativpauschale = 100,00 € | 120,00 € |
| | VERHA-Zuschlag = 9,00 € | 10,00 € |
| | Gesundheitsuntersuchung = 27,00 € | 40,00 € |
| | Krebsfrüherkennung Mann = 14,19 € | 18,00 € |
| | Versorgung chronischer Wunden 02310 = 20,33 € | 26,00 € |
| | 02311 = 13,84 € | 16,50 € |
| | Mitbesuch = 7,54 € | 14,00 € |
| ./. | Teilnahme von angestellten Ärztinnen und Ärzten möglich | |

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

Strukturierte Schulung einer Einzelperson

Bei der Leistung nach Ziffer 33 handelt es sich um die spezifische Schulung eines einzelnen Diabetikers mit dem Ziel des Erlernens und Umsetzens des Behandlungsmanagements. Diese Leistung ist daher von der Gruppenberatung nach Ziffer 20 abzugrenzen. Eine Nebeneinanderberechnung beider Ziffern ist ausgeschlossen.

Hier handelt es sich um eine höchstpersönliche, nicht delegierbare Schulungsleistung des Arztes, während die Gruppenschulung nach Ziffer 20 auch von entsprechend qualifiziertem Hilfspersonal unter Anleitung und Aufsicht des Arztes durchgeführt werden kann.

Unabdingbarer Bestandteil der Ziffer 33 ist die Evaluation der Behandlungsergebnisse zur Qualitätssicherung, einschließlich der Auswertung eines standardisierten Fragebogens.

Die Zeit für die Auswertung zählt nicht zu der geforderten Mindestdauer für die strukturierte Schulung von 20 Minuten. Die Schulung selbst muss sich auf ein evaluiertes Schulungsprogramm stützen.

Analoger Ansatz bei anderen Krankheiten: Hypertonie und Asthma Bronchiale

Ein analoger Ansatz kommt ausschließlich für diejenigen Fälle in Frage, in denen in Bezug auf das Behandlungsmanagement bei anderen Krankheiten ein evaluiertes Programm zur strukturierten Einzelschulung verfügbar ist.

Da dies für die Hypertonie und das Asthma bronchiale zutrifft, hat die Bundesärztekammer eine entsprechende analoge Bewertung mit der **Ziffer A 36** empfohlen.

Beachten Sie die besonderen Abrechnungsbestimmungen!

Die Ziffern 33 und A 36 sind innerhalb von einem Jahr höchstens dreimal berechnungsfähig.

Daneben sind die Leistungen nach den Ziffern 1, 3, 15, 20, 847, 862, 864, 871 und/oder 887 nicht berechnungsfähig.

Der Ansatz dieser Ziffer für Schulungen anderer Art ist nicht zulässig, insoweit müssen Sie mit Einwendungen der Kostenerstatter rechnen.

ABRECHNUNGSTIPPS FÜR DIE PRIVATABRECHNUNG

PVS-TIPP 2

Abrechnung der Krebsfrüherkennung eines Mannes nach Ziffer 28 GOÄ

Mit der Nummer 28 wird die Untersuchung eines Mannes zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Rektums, der Prostata, des äußeren Genitales und der Haut abgerechnet. Diese Leistung beinhaltet obligat die Beratung, die Erhebung einer Anamnese, Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten sowie eine Untersuchung auf Blut im Stuhl.

Neben dieser Leistung sind die Leistungen nach den Ziffern 1, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 3500, 3511, 3650 und/oder 3652 nicht berechnungsfähig. Die Kosten für Untersuchungsmaterialien sind mit der Gebühr abgegolten.

Die privaten Krankenversicherungen übernehmen die Vorgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zur **Erstattung von Vorsorgeleistungen**. Somit haben Männer ab dem 35. Lebensjahr alle zwei Jahre Anspruch auf einen Check-up, der die in der Leistungslegende der Ziffer 28 genannten Untersuchungen beinhaltet.

Wünscht der Patient darüber hinaus aus einem persönlichen Sicherheitsbedürfnis heraus weitere Untersuchungsleistungen, die aus medizinischer Sicht nicht zwingend erforderlich sind, so sind diese **individuellen Gesundheitsleistungen** nur dann berechnungsfähig, wenn der Patient diese Leistungen ausdrücklich verlangt. Insoweit sollten Sie eine **Honorarvereinbarung** mit dem Patienten schließen, um die weitere Abrechnung rechtssicher zu machen.

Zu diesen Leistungen können beispielhaft gehören:

- Spezielle Ultraschalleistungen
- Ruhe-EKG (Ziffer 651), Belastungs-EKG (Ziffer 652)
- Duplex-Sonographie der hirnversorgenden Gefäße (Ziffer 645)
- Sportmedizinische Untersuchung und Beratung einschl. Lungenfunktionsdiagnostik
- Bestimmung des Prostata-spezifischen Antigens (PSA)

Wenn sich aus der Gesundheitsuntersuchung ein **Krankheitsverdacht** ergibt, sind auch weitergehende kurative Gesprächs- und Untersuchungsleistungen abrechenbar, aber dann in der Rechnung eindeutig zu dokumentieren.

Die Ziffer 29 – Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Erwachsenen – **kann neben der Ziffer 28** abgerechnet werden, da die Ziffer 29 sich auf andere Leistungsinhalte bezieht.

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.



Die PVS®

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

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

