

● **Bitte mitmachen: Bundesweite Umfrage zur Dysfunktionalität der IT-Infrastruktur in Arzt- und Psychotherapiepraxen**

In vielen Praxen rumort es: Praxisteams sind von der gängigen Praxisverwaltungssoftware maximal frustriert, weil die Vorgaben zur Telematikinfrastruktur massive Probleme mit sich bringen. Einige wenige scheinen jedoch mit ihrer Software und dem Support weitgehend zufrieden.

Doch welches Praxisverwaltungssystem (PVS) ist gut, welches nicht? Liegen die Probleme bei den gematik-Vorgaben oder doch eher bei deren Umsetzung in der PVS?

Obwohl diese Fragen vielen Praxen auf den Nägeln brennen, gibt es nach wie vor keinen bundesweiten Erfahrungsvergleich aller PVS aus Anwendersicht. Das soll sich jetzt ändern. Aus diesem Grund führt das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) im Auftrag des KV-Systems ab Freitag, den 1. März, eine bundesweite digitale Umfrage in Arzt- und Psychotherapiepraxen durch.

Unsere Bitte: Nehmen Sie an der Online-Umfrage teil – unabhängig davon, ob Sie zufrieden oder nicht zufrieden sind. Denn nur wenn sich eine große Zahl von Praxen beteiligt, können wir alle PVS-Anbieter verlässlich bewerten. Sie können damit konkrete Maßnahmen identifizieren, wie die Praxis-IT optimiert werden kann – für ein Plus an Arbeitszufriedenheit und Versorgungsqualität.

Der Fragebogen richtet sich an ärztliche und psychotherapeutische Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber sowie an angestellte Ärztinnen und Ärzte. Gerne kann die Umfrage auch an Ihr Praxispersonal weitergeleitet werden. Die Bearbeitungsdauer beträgt lediglich fünf bis maximal zehn Minuten.

Sie können die Befragung ab Freitag, dem 1. März, bis zum 14. April 2024 über [diesen Link](#) erreichen oder über diesen QR-Code:



Übrigens: Für Berlin gibt es bereits eine Auswertung. Die Ergebnisse können Sie hier einsehen: <https://www.zi.de/service/veranstaltungen/detailansicht/it-infrastruktur-in-arztpraxen-daten-autobahn-oder-schotterpiste>

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

● **Anspruch auf COVID-19-Impfung ab 1. März nur noch nach Schutzimpfungs-Richtlinie**

GKV-Versicherte, für die nach der Schutzimpfungs-Richtlinie keine Indikation für eine COVID-19-Impfung vorliegt, haben derzeit dennoch Anspruch auf die Impfung, wenn ein Arzt dies für medizinisch erforderlich hält. Dieser erweiterte Impfanspruch fällt am 1. März 2024 weg. Ab dann gelten ausschließlich die Vorgaben der Schutzimpfungs-Richtlinie.

Wöchentliche Meldung der Impfdaten noch bis 30. Juni

Mit der COVID-19-Vorsorgeverordnung hatte der Gesetzgeber zudem die wöchentliche Meldung von tagesgenau dokumentierten Daten zu den durchgeführten COVID-19-Impfungen festgelegt. Diese Regelung gilt noch bis 30. Juni 2024.

Bestellprozess für Impfstoff bleibt unverändert

Unverändert bleibt der wöchentliche Bestellprozess für den Impfstoff, ebenso die Anlieferung. Der Impfstoff wird weiterhin vom Bund bereitgestellt.

● **Erste Blankoverordnungen von Ergotherapie ab 1. April möglich**

Ab dem 1. April können Ärzte und Psychotherapeuten eine Blankoverordnung für bestimmte Heilmittel ausstellen. Dies betrifft momentan ausschließlich die Ergotherapie.

Bei einer Blankoverordnung machen Ärzte und Psychotherapeuten keine spezifischen Angaben zur Art des Heilmittels oder zur Behandlungsmenge, diese Entscheidungen treffen die Ergotherapeuten.

Die Möglichkeit zur Blankoverordnung von Ergotherapie besteht zunächst nur für folgende drei Diagnosegruppen:

1. Diagnosegruppe SB1 (Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke und Extremitäten mit motorisch-funktionellen Schädigungen)
2. Diagnosegruppe PS3 (Wahnhaftige und affektive Störungen / Abhängigkeitserkrankungen)
3. Diagnosegruppe PS4 (Dementielle Syndrome)

Ausschließlich Ärzte können Blankoverordnungen für die Diagnosegruppe SB1 ausstellen, während sowohl Ärzte als auch Psychotherapeuten Blankoverordnungen für die Diagnosegruppen PS3 und PS4 ausstellen können.

Die Entscheidung zur Blankoverordnung liegt beim Arzt oder Psychotherapeuten, der die Diagnose stellt. Das Verordnungsformular (Muster 13) bleibt gleich, die Verordnungssoftware fragt bei den entsprechenden Diagnosegruppen ab, ob eine Blankoverordnung ausgestellt werden soll. Wird dies bejaht, kennzeichnet die Software die Verordnung als „Blankoverordnung“. Für Ergotherapeuten gibt es Richtlinien, die den Ablauf der Verordnung regeln. Hiernach beträgt die Gültigkeit einer Blankoverordnung maximal 16 Wochen ab dem Verordnungsdatum.

Bei einer Blankoverordnung entfallen einige Angaben im Verordnungsformular. Ein Therapiebericht, der die durchgeführte Behandlung dokumentiert, ist vom Ergotherapeuten, den vertraglichen Vorgaben entsprechend, auf Anforderung des verordnenden Arztes zu erstellen.

Blankoverordnungen unterliegen nicht den üblichen Wirtschaftlichkeitsprüfungen, sondern die wirtschaftliche Verantwortung liegt bei den behandelnden Ergotherapeuten. Wenn Ärzte oder Psychotherapeuten bewusst auf eine Blankoverordnung verzichten, bleiben sie jedoch in der wirtschaftlichen Verantwortung für die Behandlung.

Blankoverordnungen für weitere Indikationsgebiete und Heilmittelarten sollen folgen.

Weitergehende Informationen der KBV unter https://www.kbv.de/media/sp/PraxisInfo_Ergotherapie_Blankoverordnung.pdf und telefonisch in der Abteilung Verordnung und Beratung der KVH unter 040/22802-571/-572.

● **Aus aktuellem Anlass: Hausarztvermittlungsfall und TSS-Fall richtig anwenden**

Bitte achten Sie darauf, sowohl den Hausarztvermittlungsfall als auch den TSS-Fall regelkonform anzuwenden. Derzeit gehen bei der KV wieder vermehrt Beschwerden von überweisenden Praxen ein, die berichten, dass etwa Patienten aus der Praxis, an die überwiesen wurde, zurückgeschickt werden, um sich einen TSS-Code ausstellen zu lassen oder um einen Hausarztvermittlung auszulösen. Offensichtlich werden die Vorgaben zu diesen Fällen teilweise falsch ausgelegt.

Daher haben wir die Voraussetzungen und korrekte Umsetzung hier für Sie noch einmal zusammengestellt.

Es ist nicht zulässig, dass Patienten vonseiten einer Facharztpraxis zum Hausarzt zurückgeschickt werden, um sich eine Überweisung im Rahmen des Hausarzt-Vermittlungsfalls oder eines TSS-Terminfalls ausstellen zu lassen. Ebenfalls ist es nicht zulässig, eine eigene Terminvergabe abseits medizinischer Gründe zu verweigern und einen Hinweis auf einen vermeintlichen Überweisungszwang auszusprechen.

1. Der Hausarztvermittlungsfall

- Der Hausarztvermittlungsfall wird vom Haus- bzw. Kinderarzt ausgelöst.
- Es obliegt den Haus- und Kinderärzten, den Hausarztvermittlungsfall aus eigener medizinischer Verantwortung auszulösen. Hierfür gibt es entweder eine medizinische Angemessenheit, oder eine eigenständige Terminvereinbarung ist dem Patienten nicht zuzumuten.
- Die Voraussetzung für die Abrechnung eines Hausarztvermittlungsfalls ist, dass eine Haus- oder Kinderarztpraxis direkt einen Termin bei einem Facharzt vereinbart, der grundsätzlich innerhalb der nächsten vier Tage liegt. Die Nutzung des 116117-Terminservice ist hierbei nicht zwingend erforderlich. Die Terminabsprache kann auch auf klassischem Wege (z. B. telefonisch) erfolgen.

Ein Hausarztvermittlungsfall liegt nicht vor

- bei Anforderung durch den Facharzt
- auf Wunsch des Patienten
- wenn keine medizinische Notwendigkeit vorliegt
- wenn eine eigenständige Terminvereinbarung durch den Patienten zumutbar ist (z. B. herkömmliche Überweisung)

2. Der dringende TSS-Fall

- Es obliegt dem überweisenden Arzt, in dringenden Fällen einen TSS-Fall auszulösen. Voraussetzung ist die ärztliche Entscheidung, dass eine Terminvermittlung innerhalb von 35 Tagen (normale Dringlichkeit) erforderlich ist. Hierfür stellt der Arzt seinem Patienten einen Überweisungsschein mit einem Vermittlungscode aus. Dieser wendet sich damit an die TSS über Tel. 116117 oder online über 116117.de.
- Um einen TSS-Fall handelt es sich, wenn ein Termin, der in den 116117 Terminservice eingestellt wurde, gebucht wird. Hierbei spielt es keine Rolle, ob der Termin von der Terminservicestelle oder dem Patienten über die Onlinebuchung selbst gebucht wird.
- Es ist nicht zulässig, dass ein Arzt einen Patienten zu einem anderen Arzt zurückschickt, damit dieser einen TSS-Fall auslöst.
- Es ist nicht zulässig, den TSS-Zuschlag abzurechnen, wenn keine Buchung über den 116117 Terminservice vorgenommen wurde. Das alleinige Vorhandensein eines Überweisungsscheins mit einem Vermittlungscode reicht nicht aus.
- Wenn ein TSS-Termin mit 5 bis 35 Tagen (Zuschlag „C“ bzw. „D“) Vorlauf gebucht wurde, ist es ebenfalls nicht zulässig, diesen mit der Begründung abzusagen, dass nicht der TSS-Zuschlag „B“ abgerechnet werden kann.

Bitte stimmen Sie sich interkollegial ab, wie Sie als zuweisende und annehmende Praxis im Sinne Ihrer Patientinnen und Patienten die bestehenden Möglichkeiten bestmöglich umsetzen können.

● DMP: Ersatzkassen kennzeichnen Teilnahme ihrer Versicherten auf der eGK

Die Ersatzkassen (TK, BARMER, DAK-Gesundheit, KKH, hkk und HEK) weisen darauf hin, dass sie die Teilnahme von Versicherten an einem DMP auf der elektronischen Gesundheitskarte kennzeichnen. Anhand des „DMP-Kennzeichens“, das an vierter und fünfter Stelle des Status-Feldes in den Versichertenstammdaten angezeigt wird, können die Praxen erkennen, ob ein Versicherter eingeschrieben ist – und wenn ja, für welche Indikation. Jedes DMP-Kennzeichen ist einer bestimmten Indikation zugeordnet:

DMP-Kennzeichen	Indikation
00	nicht gesetzt
01	Diabetes mellitus Typ 2
02	Brustkrebs
03	KHK
04	Diabetes mellitus Typ 1
05	Asthma bronchiale

06	COPD
07	Chronische Herzinsuffizienz*
08	Depression*
09	Rückenschmerz*
10	Rheumatoide Arthritis*
11	Osteoporose*

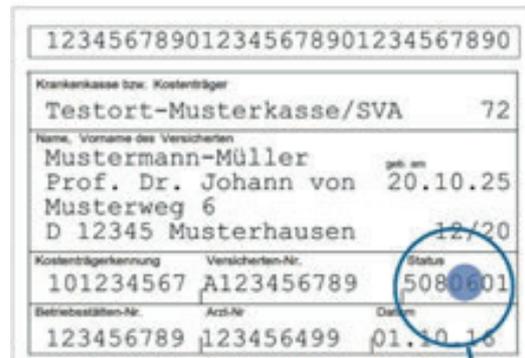
* keine DMP-Vereinbarung in Hamburg umgesetzt

DMP-Kennzeichen im Personalienfeld

Das DMP-Kennzeichen wird an vierter und fünfter Stelle des Status-Feldes in den Versichertenstammdaten angezeigt.

Derzeit kann nur die Teilnahme an einem DMP angezeigt werden. Bei Versicherten, die an mehreren DMP teilnehmen, wird folgende Priorisierung vorgenommen:

1. Diabetes mellitus Typ 2
2. Diabetes mellitus Typ 1
3. KHK
4. COPD
5. Asthma
6. Brustkrebs



Das DMP-Kennzeichen gehört zu den Versichertenstammdaten. Durch das Einlesen der eGK werden die Daten über das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) mit den Informationen der Krankenkasse abgeglichen. Stimmen die Angaben nicht überein, werden veraltete Daten auf der eGK überschrieben.

Um eine tagesaktuelle Information über den DMP-Status des Versicherten zu erhalten, wird daher der Abgleich der Daten bei jedem Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal empfohlen.

Für Fragen zu allen KV-Themen – auch zu den in diesem Telegramm genannten:
 Mitgliederservice der KV Hamburg: Telefon 22 802-802, Fax 22802-885
mitgliederservice@kvhh.de

Melden Sie sich jetzt für das mobilfähige eTelegramm an!

