

Nr. 01 431 zum Ansatz, die mit 0,33 Euro bewertet ist. Die Leistung ist je Arzt bis zu viermal im Quartal bei einem Patienten berechnungsfähig, allerdings nicht mehrfach am selben Tag.

MMW-Kommentar

Relevant sind diese Beschlüsse bereits seit Juli 2021, denn seitdem sind Ärzte gesetzlich verpflichtet, bei der ePA mitzumachen. Sie müssen die technischen Voraussetzungen haben, Befunde, Therapiepläne etc. auf die Gesundheitskarte aufzubringen und Daten auszulesen, sofern der Versicherte dies wünscht. Für die Patienten ist die ePA grundsätzlich freiwillig. Ärzte müssen also zunächst „nur“ das Equipment anschaffen. Die Praxis sollte seit Juli die EDV aufge-

rüstet haben – Stichworte: E-Health-Update des VSDM-Konnektors und ePA-Update.

Die Finanzierung für all dies kommt von den Kassen. Da es hier keine Einigung mit der KBV gab, hat das Bundesschiedsamt eine einmalige Kostenpauschale von 550 Euro festgesetzt. Sie teilt sich in eine ePA-Pauschale für das Konnektor-Update in Höhe von 400 Euro und eine ePA-Integrationspauschale in Höhe von 150 Euro. Zusätzlich wurde die Betriebskostenpauschale um 4,50 Euro je Quartal erhöht. Mit dem Update können künftig auch elektronische Rezepte ausgestellt werden. Für Praxen, die diese Updates nicht durchführen und damit nicht auf ePA und E-Rezept vorbereitet sind, ist gesetzlich ein Honorarabzug von 1% festgelegt. ■

Praxissoftware hilft beim Codieren



Kollege Computer denkt künftig mit.

Die Praxisverwaltungssysteme enthalten ab Januar 2022 einen digitalen Helfer, der Ärztinnen und Ärzte bei der Codierung der Diagnosen unterstützt.

Basis bleibt die deutsche Version der ICD-10. Als neue Funktion gibt es den sogenannten Kodier-Check zur „Plausibilisierung“ von gewählten Codes, der im Hintergrund läuft. Er startet zunächst in vier Diagnosebereichen mit hohen Fallzahlen, bei denen sich die Codierung komplex gestalten kann, nämlich den Krankheitsbildern Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes mellitus und Folgen eines Bluthochdrucks. Wenn ein Code aus diesen Diagnosebereichen eingegeben wird, beginnt ein Codierregelwerk im Hin-

tergrund mit der Prüfung und macht „Verbesserungsvorschläge“.

MMW-Kommentar

Die Funktion, Behandlungsdiagnosen eines Quartals so zu kennzeichnen, dass sie in den Folgequartalen automatisch für die Abrechnung übernommen werden können, bleibt erhalten. Neu ist, dass dies künftig auch für anamnestische Diagnosen möglich ist und in jeder Praxissoftware aktiviert ist. Bevor man „Dauerdiagnosen“ oder „anamnestische Diagnosen“ in die Abrechnung übernimmt, sollte man allerdings prüfen, ob diese in dem Quartal für die Behandlung auch wirklich relevant sind. ■

Hier steht eine Anzeige.

