

ABRECHNUNG exakt

Sicher und vollständig abrechnen nach EBM und GOÄ

Liebe Leserin, lieber Leser,

obwohl die Krankenkassen Rücklagen in Rekordhöhe haben, ist auch 2018 keine Entlastung der Versicherten bei Zuzahlungen in Sicht – und das, obwohl immer wieder neue Rabattverträge abgeschlossen und die Festbeträge bei Medikamenten gesenkt werden, was weitere Entlastung für die Versicherten bedeutet. Die Krankenkassen haben die Entscheidungsfreiheit, ob sie ihre Versicherten im Rahmen von Rabattverträgen von den Zuzahlungen befreien. Doch dies wird nicht umgesetzt, die Einsparungen kommen nicht bei den Versicherten an.

Es ist sogar genau das Gegenteil der Fall, wie der Deutsche Apothekerverband (DAV) ermittelt hat: Die Befreiungsquote von Zuzahlungen ist in den vergangenen 10 Jahren kontinuierlich gesunken, 2016 sparten die Krankenkassen durch die Rabattverträge und Festbeträge rund 3,9 Milliarden Euro ein, während die Versicherten rund 0,3 Milliarden Euro mehr für Zuzahlungen aufwenden mussten als noch 2011. Umso wichtiger ist es, dass wir unsere Patienten konsequent auf die Möglichkeit einer Zuzahlungsbefreiung aufmerksam machen und ihnen gleich die Bescheinigung für „chronisch krank“ mitgeben.

Besonders ärgerlich finde ich, dass die Krankenkassen gleichzeitig immer noch versuchen, die Praxen bei den ICD-10-Kodierungen zu beeinflussen. Eine aktuelle Umfrage der Techniker Krankenkasse hat gezeigt, dass 82 Prozent der befragten Mediziner schon einmal durch Krankenkassen hinsichtlich der Diagnosen der Patienten beeinflusst worden sind! Wir kennen alle die Anrufe von Krankenkassenmitarbeitern, die Ihnen mitteilen, dass bei Patient XY die eine oder andere Diagnose nicht als gesichert eingegeben sei. Oder die fragen, warum eine Diagnose jetzt nicht mehr im System ist, die in der Vergangenheit drinstand. Manche fragen gleich konkret nach, ob ein Diabetiker nicht noch irgendwelche Komplikationen hat, die nicht als Zusatzdiagnosen eingegeben sind.

Das ist nicht nur ärgerlich und zeitraubend, es ist auch verboten. Deshalb sollten Sie Krankenkassenmitarbeitern lieber keinen Termin bei der Praxisleitung geben, falls sie „wegen Ratschlägen zur Diagnoseverschlüsselung“ vorbeikommen wollen. Das wäre schon einmal ein guter Vorsatz zum Jahresanfang.

Beate Rauch-Windmüller

Fachliche Leiterin ABRECHNUNG exakt



DOWNLOAD-SERVICE

In den monatlichen Ausgaben finden Sie hier nützliche Downloads, die Ihnen die Abrechnung noch weiter erleichtern.

Ihre Experten

Beate Rauch-Windmüller

Fachliche Leiterin
ABRECHNUNG exakt



Dr. Dr. Peter Schlüter

Fachlicher Leiter
ABRECHNUNG exakt



Die Themen dieser Ausgabe

- S. 2 Neu im EBM: Ultraschall-screening auf Bauchaortenaneurysma als Vorsorgemaßnahme für Männer ab 65
- S. 2 Anlegen, Aktualisieren und Löschen eines Notfalldatensatzes: Die Honorare stehen fest, die Technik noch nicht
- S. 4 Überblick: Das ist sonst noch neu im EBM ab 01.01.2018
- S. 6 Achtung bei „Nur-Rezpte-Abholern“: Ohne Verwaltungskomplex sinkt Ihr Umsatz!
- S. 7 Praxisfälle: Was können Sie nach GOÄ für nicht persönliche APKs abrechnen?
- S. 8 Leserfragen, Vorschau, Kontakt

Neu im EBM: Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysma als Vorsorgemaßnahme für Männer ab 65

Dazu wurden zwei neue Gebührenordnungspositionen ins Kapitel 01 aufgenommen: die GOPs 01747 und 01748. Beide werden extrabudgetär vergütet. Abrechenbar sind sie durch Hausärzte, Internisten mit und ohne Schwerpunkt, Urologen, Chirurgen und Radiologen.

Zwei GOPs sind es deswegen, weil es

- zum einen eine neue Beratungsleistung zur Aufklärung über das Screening mit Ausgabe einer Versicherteninformation gibt,
- zum anderen die neue Ultraschalleistung für die sonographische Untersuchung der Bauchaorta.

GOP	Leistung	Wert 2018	Bemerkung
01747	Aufklärung und Ausgabe der Versicherteninfo zum Screening der Bauchaorta	57 P. 6,07 €	<ul style="list-style-type: none"> – Ab dem 65. Geburtstag bei Männern – Auch ohne Genehmigung für die Ultraschalleistung berechnungsfähig – Neben GOP 01732 möglich
01748	Sonographische Untersuchung der Bauchaorta Fakultativ: Beratung zu Therapiemöglichkeiten bei auffälligem Befund	148 P. 15,77 €	<ul style="list-style-type: none"> – Einmal im Leben eines Mannes ab dem 65. Geburtstag – Neben GOP 33042 möglich – Neben GOP 01732 möglich

Was Sie über die Abrechnung dieser neuen Leistungen wissen sollten:

- Für die GOP 01748 muss eine Genehmigung der KV vorliegen.
- Sollte die Genehmigung für das Bauchaorten-Ultraschallscreening nicht vorliegen, so darf dennoch das Aufklärungsgespräch nach GOP 01747 durchgeführt und abgerechnet werden. Dies kann auch im Rahmen eines Check-up 35 gesondert erfolgen.
- Erfreulicherweise kann die GOP 33042 bei Bedarf für die Untersuchung der übrigen Bauchorgane daneben abgerechnet werden, allerdings wird wegen der Überschneidung der Leistungsinhalte die GOP 33042

dann nur mit 80 statt 157 Punkten bewertet und somit geringer vergütet.

- Die neue GOP 01748 und die GOP 33042 ergeben damit ein Gesamthonorar von 228 Punkten, wobei nur die Vorsorgeleistung extrabudgetär honoriert wird.

Warum erhalten nur Männer diese neue Vorsorgeleistung?

Nach wissenschaftlichen Erkenntnissen sind Männer deutlich häufiger von einem Bauchaortenaneurysma betroffen als Frauen: Es kommt bei 4 bis 8 Prozent der Männer über 65 vor, bei Frauen dieser Altersgruppe sind nur 0,5 bis 1,5 Prozent betroffen.

Anlegen, Aktualisieren und Löschen eines Notfalldatensatzes: Die Honorare stehen fest, die Technik noch nicht

KBV und GKV-Spitzenverband haben drei GOPs für das Anlegen, Aktualisieren und Löschen eines Notfalldatensatzes festgelegt. Jetzt muss nur noch die entsprechende Technik in die Praxen einziehen, es sind nämlich spezielle Updates für den Konnektor und das Praxisverwaltungssystem notwendig ...

Beim NFDm geht es darum, Medikation, Diagnosen, Kontaktdaten und andere Informationen, die bei einem Not-

fall für die behandelnden Ärzte wichtig sein können, in einem Datensatz zusammenzufassen und auf der eGK zu speichern. Voraussetzung ist zum einen die Einwilligung des Patienten, zum anderen muss der Arzt den Datensatz erstellen, elektronisch signieren und auf der eGK speichern.

Damit das funktionieren kann, muss die Praxis an die Telematik-Infrastruktur angeschlossen sein und über die erforderlichen Updates verfügen.

Dies sind die 3 neuen GOPs für das Notfalldatenmanagement

GOP	Leistung	Wert 2018
01640	<p>Zuschlag zu den Versichertenpauschalen (VP) der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen (GP) der Kapitel 5 bis 11, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26 und 27, den Konsiliarpauschalen der Kapitel 12, 17, 19, 24 und 25 und der Gebührenordnungsposition 30700 für die Anlage eines Notfalldatensatzes gemäß Anhang 2 der Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)</p> <p>Obligater Leistungsinhalt</p> <ul style="list-style-type: none"> – Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, – Überprüfung der Notwendigkeit zur Anlage eines Notfalldatensatzes, – Einholung der Einwilligung des Patienten zur Anlage eines Notfalldatensatzes und Anlage eines Notfalldatensatzes mit Eintragungen zu medizinisch notfallrelevanten Informationen über den Patienten, – Übertragung des Notfalldatensatzes auf die eGK des Patienten <p>Fakultativer Leistungsinhalt</p> <ul style="list-style-type: none"> – Aufklärung über die Hintergründe, Ziele, Inhalte und Vorgehensweise zur Erstellung von Notfalldatensätzen gemäß § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V, – Erläuterung des Notfalldatensatzes gegenüber dem Patienten und/oder einer Bezugsperson <p>Abrechnungsbestimmung: einmal im Krankheitsfall</p> <p>Anmerkungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Die GOP 01640 ist in den drei Quartalen, die der Berechnung der GOP 01642 zur Löschung eines Notfalldatensatzes unmittelbar folgen, nicht berechnungsfähig. – Sie ist im Behandlungsfall nicht neben den GOPs 01641 und 01642 berechnungsfähig. 	80 P. 8,52 €
01641	<p>Zuschlag zu den VP der Kapitel 3 und 4, den GP der Kapitel 5 bis 11, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26 und 27, den Konsiliarpauschalen der Kapitel 12, 17, 19, 24 und 25 und der GOP 30700 für den Notfalldatensatz gemäß Anhang 2 der Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)</p> <p>Abrechnungsbestimmung: einmal im Behandlungsfall</p> <p>Anmerkungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Die GOP 01641 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt. – Sie ist im Behandlungsfall nicht neben den GOPs 01640 und 01642 berechnungsfähig. 	4 P. 0,42 €
01642	<p>Löschen eines Notfalldatensatzes gemäß Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)</p> <p>Abrechnungsbestimmung: einmal im Behandlungsfall (BHF)</p> <p>Anmerkungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Die GOP 01642 ist nur berechnungsfähig, sofern ein Notfalldatensatz auf der eGK vorhanden ist und der Patient die Löschung sämtlicher Einträge ausdrücklich wünscht. – Die GOP 01640 ist in den drei Quartalen, die der Berechnung der GOP 01642 unmittelbar folgen, nicht berechnungsfähig. – Die GOP 01642 ist im BHF nicht neben den GOPs 01640 und 01641 berechnungsfähig. 	1 P. 0,11 €

Was Sie dazu noch wissen sollten:

- Alle drei GOPs werden für den Zeitraum von drei Jahren extrabudgetär vergütet.
- Die GOPs 01640 und 01642 rechnen Sie bei Erbringen der Leistung selbst ab, der Zuschlag nach GOP 01641 wird von der KV zugesetzt.
- Die GOP 01640 ist für die Neuanlage eines Notfalldatensatzes bei entsprechender Notwendigkeit gedacht.
- Die GOP 01641 ist gedacht für die Überprüfung auf Notwendigkeit eines Notfalldatensatzes (ohne anschließende Anlage), für die Überprüfung und ggf. Aktualisierung eines vorhandenen Notfalldatensatzes und/oder die erstmalige Anlage oder Löschung eines Notfalldatensatzes mit ausschließlichen Eintragungen von Kommunikationsdaten und/oder freiwilligen Zusatzinformationen und/oder die Übertragung des Datensatzes auf eine neue eGK (nach Verlust der alten).

Überblick: Das ist sonst noch neu im EBM ab 01.01.2018

Es gibt weitere Änderungen, über die Sie Bescheid wissen sollten:

1. 2018 gilt ein neuer Orientierungswert.

Er ist um leider nicht sehr üppige 1,18 Prozent von zuvor 10,5300 Cent auf jetzt 10,6543 Cent gestiegen.

2. Die NäPa-Vergütung fällt 2018 ins Budget.

Bisher werden die Leistungen für die Tätigkeit qualifizierter nichtärztlicher Praxisassistenten in Hausarztpraxen nach den EBM-GOPs 03060 bis 03065 extrabudgetär vergütet; es gab also keine Abstaffelungen.

Zum Jahresbeginn wurden diese Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt.

3. Leistungen im Bereitschaftsdienst und organisierten NFD werden nun extrabudgetär vergütet.

Dies geschieht unter Anwendung der Auszahlungsquote im Vorjahresquartal. Damit das Geld reicht, wird der Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ einmalig gemäß den Leistungen des 4. Quartals 2017 angepasst.

4. Es gibt im EBM 5 neue GOPs für die Botoxbehandlung bei bestimmten Blasenfunktionsstörungen

- Urologen und Gynäkologen können jeweils eine GOP für die Therapie selbst (GOP 08312/26316) und eine für die Beobachtung (GOP 08313/26317) abrechnen.
- Dazu kommt eine Kostenpauschale nach GOP 40161 (45 Euro).
- Die Vergütung erfolgt extrabudgetär.

5. Die Zuschläge für die Dialyse-Kostenpauschalen bei Patienten mit Infektionserkrankungen sind erneut gestiegen.

Der sogenannte Infektionszuschlag zur Wochenpauschale (GOP 40835) wurde auf 90 Euro, der Zuschlag zu den Einzeldialysen (GOP 40836) auf 30,00 Euro angehoben.

6. Die Diagnoselisten zum langfristigen Heilmittelbedarf wurden erweitert und angepasst.

Konkret wurde die Heilmittelleistung „Ernährungstherapie bei seltenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose“ auf die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf (Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie) aufgenommen.

- Die Mukoviszidose wird unter dem ICD-Code E84.- in Verbindung mit der Diagnosegruppe CF aufgeführt.
- G24.3 Torticollis spasticus: In der Spalte „Physiotherapie“ wurde der Diagnoseschlüssel „WS2“ durch „ZN1/ZN2“ ersetzt.
- Im Abschnitt „Entzündliche Polyarthropathien, Systemkrankheit des Bindegewebes und Spondylopathien“ wurde bei den Diagnosen M34.0 und M34.1 die Diagnosegruppe „SB1“ gestrichen und durch „SB7“ ersetzt.

7. Änderungen bei Mustern/Formularen

- **Muster 18** zur Heilmittelverordnung „Maßnahmen der Ergotherapie“ wurde um die „Ernährungstherapie“ ergänzt. Die alten Formulare sind aufzubrechen.
- Auf **Muster 12** für die Verordnung häuslicher Krankenpflege gibt es eine neue Nr. 24a für die Verordnung der Symptomkontrolle bei Palliativpatienten.

Abrechnungsorganisation: So werden die Quartalsenden 2018 entspannter

Die letzte Quartalsabrechnung 2017 ist noch nicht lange her; hoffentlich war sie in Ihrer Praxis nicht allzu stressig. Es gibt sogar Praxen, die jedes Quartalsende ein bis zwei Tage schließen, um die Abrechnung abzuwickeln. Das muss aber wirklich nicht sein.

Vorausgesetzt, Sie arbeiten bereits ab Quartalsbeginn auf eine reibungslose Abrechnung hin. So gelingt Ihnen das:

Was Sie täglich tun sollten

Kontrollieren Sie täglich nach jedem Sprechstundenende die Abrechnung: Rufen Sie anhand von Tageslisten (Kassen- und Privatliste) jeden einzelnen Patienten nochmals auf, sehen Sie die Einträge durch und vervollständigen Sie sie gegebenenfalls.

Das bedeutet zwar täglich einen gewissen Aufwand, spart aber unglaublich viel Arbeit am Quartalsende.

Ein Monat vor Quartalsende

Fangen Sie 3 bis 4 Wochen vor Quartalsende an, die Prüfläufe zu starten. Oft müssen noch Diagnosen ergänzt oder in die aktuelle Abrechnungsdiagnosenliste übernommen werden. Das können Sie jetzt noch ohne Hast erledigen.

Viele Praxis-EDV-Systeme können nach dem Durchlauf der Prüfläufe beliebig oft das Kryptomodul (Probeabrechnung) starten. Das Modul dient der Verschlüsselung der Daten, die Abrechnung kann ohne diesen Vorgang nicht bei der KV eingereicht werden. Auch hier empfiehlt sich ein Testlauf.

Am Tag der Abrechnung

Die Einreichung der Abrechnungsdatei erfolgt online. Jede KV hat auf ihrer Website den korrekten Dateinamen veröffentlicht.

- Kontrollieren Sie nach dem Erstellen der Abrechnungsdatei den Dateinamen auf Richtigkeit und versenden Sie erst dann Ihre Abrechnung.
- Die Sammelerklärung muss vollständig ausgefüllt und unterschrieben und dann postalisch versandt werden.

- Zusätzlich müssen Behandlungsausweise von Asylbewerbern und den Sozialämtern im Original an die KV geschickt werden.
- Sofern entsprechende Leistungen abgerechnet werden, denken Sie an Rechnungsnachweise von Sach- und Materialkosten, die Sie mit der Sammelerklärung einsenden müssen.

Falls die jeweiligen Leistungen erbracht wurden, müssen Sie folgende elektronischen Dokumentationen zusätzlich einreichen bzw. elektronisch an die KV senden:

- ✓ Hautkrebs-Screening
- ✓ Präventionskoloskopie
- ✓ Dialyse
- ✓ DMP-Dokumentationen
- ✓ Molekulargenetik
- ✓ Hörgeräteversorgung
- ✓ PCI (Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie)

Die Abgabefrist entnehmen Sie dem aktuellen Quartalsrundschriften oder der Website Ihrer KV.

Beachten Sie auch diese Änderungen in den Vordruckvereinbarungen

Sie betreffen die AU und das Muster 86 und damit zwei häufig benutzte Vordrucke.

In der Anlage 2 BMV-Ä (Vordruckvereinbarung) wurden Ergänzungen zur AU aufgenommen:

- Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zur Vorlage bei der Krankenkasse kann zukünftig vom Versicherten elektronisch an die zuständige Krankenkasse übermittelt werden.
- In die AU-Bescheinigung für den Versicherten wurde der Hinweis aufgenommen, dass die Bescheinigung für die Krankenkasse innerhalb von einer Woche an diese weitergeleitet werden muss.

In den Vordruckerläuterungen zu Muster 86 (Weiterleitungsbogen für angeforderte Befunde an den MDK) wurde im 3. Absatz Folgendes ergänzt:

Der Arzt fügt dem Weiterleitungsbogen die angeforderten Unterlagen in Kopie bei. Liegen dem Arzt die angeforderten oder andere im Zusammenhang relevante Unterlagen nicht vor, so ist der Weiterleitungsbogen ohne Anlage oder gesonderte Kennzeichnung direkt an den MDK zu versenden. Der Versand erfolgt im von den Krankenkassen nach § 62 Absatz 2 BMV-Ä zur Verfügung gestellten Freiumschlag, der mindestens das Format C5 hat. Der Freiumschlag darf ausschließlich im Zusammenhang mit Muster 86 genutzt werden; eine abweichende Nutzung ist unzulässig.



KENNEN SIE SCHON UNSERE ONLINE-SEMINARE ZUM THEMA ABRECHNUNG?

Die nächsten Termine und Themen sind:

- 06.02.2018: So rechnen Sie Hausbesuche nach EBM und GOÄ vollständig und korrekt ab
- 06.03.2018: Wenn die MFA/NäPa Patienten aufsucht: Wann Sie was abrechnen dürfen

Info und Anmeldung unter www.online-seminare.de



Achtung bei „Nur-Rezepte-Abholern“: Ohne Verwaltungskomplex sinkt Ihr Umsatz!

Ein Beitrag von Dr. Dr. Peter Schlüter

Unabdingbare Voraussetzung für die Berechnung der Versicherten- bzw. Grundpauschale ist der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt (p-APK). Wenn Patienten im Quartal nur eine Überweisung oder ein Rezept abholen und es zu keinem p-APK kommt (was die Regel ist), können Sie zwar keine VP/GP, dafür aber den Verwaltungskomplex nach GOP 01430 abrechnen. So weit, so einfach. Praktisch gibt es da aber ein Problem.

Sehen wir uns zunächst die Definition des persönlichen Arzt-Patienten-Kontakts an, die im EBM in den Allgemeinen Bestimmungen 4.3.1 steht:

Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt setzt die räumliche und zeitgleiche Anwesenheit von Arzt und Patient und die direkte Interaktion derselben voraus.

Das heißt: Arzt und Patient müssen sich also nicht nur begegnen, sondern es muss auch eine „direkte Interaktion“ der beiden geben. Und das wiederum heißt: Kommunikation in Form von Rede und Gegenrede!

Wenn nun ein Patient in die Praxis kommt, um sich ein Wiederholungsrezept oder eine Überweisung abzuholen, begegnet er vielleicht dem Arzt auf dem Gang und tauscht einen Gruß aus. Für eine „direkte Interaktion“, also einen p-APK, reicht das aber nicht. Es kann daher keine VP, sondern nur der Verwaltungskomplex nach GOP 01430 abgerechnet werden.

GOP	Leistung	Wert 2018
01430	Verwaltungskomplex Obligater Leistungsinhalt <ul style="list-style-type: none"> – Ausstellung von Wiederholungsrezepten ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt und/oder – Ausstellung von Überweisungsscheinen ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt und/oder – Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen an den Patienten im Auftrag des Arztes durch das Praxispersonal Fakultativer Leistungsinhalt Übermittlung mittels technischer Kommunikationseinrichtungen Anmerkung <ul style="list-style-type: none"> – Die GOP 01430 ist im Arztfall nicht neben anderen GOPs und nicht mehrfach an demselben Tag berechnungsfähig. – Kommt in demselben Arztfall eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale zur Abrechnung, ist die GOP 01430 nicht berechnungsfähig. 	12 P. 1,28 €

Der Verwaltungskomplex ist jedoch nicht berechnungsfähig, wenn die Versicherten- bzw. Grundpauschale im Quartal schon abgerechnet wurde. Umgekehrt wird der Verwaltungskomplex gestrichen, wenn es im Laufe eines Quartals doch noch zu einem p-APK und damit zur Abrechnung der VP kommt.

Genau hier wurzelt das Problem:

Weil die abrechnenden MFAs wissen, dass die GOP 01430 nach einem p-APK wieder gestrichen werden muss, rechnen viele sie gar nicht erst ab, um unnötige Mehrarbeit zu vermeiden. Kommt dann aber der Patient im Quartal tatsächlich kein zweites Mal in die Praxis, wird für ihn gar nichts abgerechnet – weder eine VP noch der Verwaltungs-

komplex. Dadurch entgeht etlichen Praxen eine ganze Menge Honorar.

Dazu ein Beispiel:

Ein Kollege fragte mich kürzlich, ob ich mir einmal Gedanken darüber machen könnte, warum er sein Regelleistungsvolumen nicht erreicht.

Bei der Durchsicht der Praxisunterlagen fiel mir auf, dass diese Praxis bei 2.100 GKV-Scheinen nur in 1.750 Fällen die Versichertenpauschale abgerechnet hatte. Von den 350 Patienten ohne VP hatte der Löwenanteil zu Quartalsbeginn nur Rezepte abgeholt, danach aber die Praxis nicht mehr besucht – für keinen dieser Patienten war aber die GOP

01430 abgerechnet worden! Nur durch diese „Arbeitserparnis“ entgingen der Praxis also jedes Quartal rund 400 Euro Honorar.

Daher mein Rat:

- Tragen Sie konsequent bei jedem nicht persönlichen APK im Quartal (Rezeptabholung, Überweisung, Übermittlung von Informationen durch das Praxispersonal an den Patienten) die GOP 01430 ein.
- Filtern Sie regelmäßig zur Quartalsmitte diejenigen

- Patienten heraus, die im Quartal schon in der Praxis waren, aber noch keinen persönlichen Kontakt zum Arzt hatten.
- Prüfen Sie, für welche dieser Patienten noch eine sinnvolle Leistung (Impfung, Vorsorgeuntersuchung, Test) ansteht, und laden Sie sie per Recall dazu ein. Wenn Sie dann eine VP abrechnen können, streichen Sie eben die GOP 01430. Falls es dennoch zu keinem p-APK kommt, haben Sie wenigstens den Verwaltungskomplex nicht verschenkt.

Praxisfälle: Was können Sie nach GOÄ für nicht persönliche APKs abrechnen?

Im EBM ist für nicht persönliche Arzt-Patienten-Kontakte ja der Verwaltungskomplex nach GOP 01430 vorgesehen. Wie aber rechnen Sie solche Praxiskontakte bei Privatpatienten ab?

Manchmal treibt die Abrechnung schon seltsame Blüten. Uns erzählte neulich ein Patient, dass er in einer anderen Praxis telefonisch mit einer MFA einen Termin zur Blutentnahme ausgemacht hatte. Als er dann später die Rechnung bekam, stand die Terminvereinbarung als eigener Posten

darauf – und zwar als Nr. 1 mit einem Steigerungsfaktor, der zu einem Betrag von 16 Euro führte!

Das ist rechtlich natürlich unhaltbar. Eine reine Terminvereinbarung ist keine abrechnungsfähige Leistung. Die Nr. 1 wiederum ist eine ärztliche Leistung, sie kann ohne einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt überhaupt nicht erbracht werden. Für Fälle, in denen es zu keiner direkten Interaktion zwischen Arzt und Patient kommt, gibt es in der GOÄ aber die Nr. 2.

GOÄ-Nr.	Leistung	Faktor	Wert 2,3-fach
1	Beratung – auch mittels Fernsprecher	2,3	10,72 €
2	Ausstellung von Wiederholungsrezepten und/oder Überweisungen und/oder Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen – auch mittels Fernsprecher – durch die Arzhelferin und/oder Messung von Körperzuständen (z. B. Blutdruck, Temperatur) ohne Beratung, bei einer Inanspruchnahme des Arztes	1,8	3,15 €

Wann also können Sie für nicht persönliche APKs überhaupt etwas abrechnen? Dazu einige Beispiele:

Leistung	Abrechnung
Ein Patient ruft in der Praxis an und vereinbart mit der MFA einen Termin. Es bestehen Sprachschwierigkeiten, das Gespräch dauert zehn Minuten.	---
Ein Patient ruft an und vereinbart mit einer MFA einen Termin. Danach spricht er am Telefon noch drei Minuten mit dem Arzt wegen der Dosierungsänderung bei einem Medikament.	1
Die MFA vereinbart einen ambulanten/stationären Termin im Krankenhaus für einen Patienten.	---
Die MFA ruft einen Patienten an und gibt Laborergebnisse durch.	2
Die MFA ruft einen Patienten an, um im Auftrag des Arztes das weitere Vorgehen bei der Antikoagulationstherapie zu besprechen.	2



Das Team von ABRECHNUNG exakt



Beate Rauch-Windmüller

Fachliche Leitung
Tel.: 089 4522809-28
(Do. 14–15 Uhr)
E-Mail: abrechnung@pkv-verlag.de



Dr. Dr. Peter Schlüter

Fachlicher Beirat
Tel.: 089 4522809-28
(Do. 14–15 Uhr)
E-Mail: abrechnung@pkv-verlag.de



Barbara Kettl-Römer

Chefredakteurin
Tel.: 089 4522809-0
(Mo.–Fr. 9–17 Uhr)
E-Mail: redaktion@pkv-verlag.de



Karin Meinhart

Leserservice
Tel.: 089 4522809-0
(Mo.–Do. 9–17, Fr. bis 13 Uhr)
E-Mail: info@pkv-verlag.de

Impressum

ABRECHNUNG exakt

Sicher und vollständig abrechnen nach EBM und GOÄ

PKV Informationszentrum GmbH
Goethestraße 66, 80336 München
Telefon 089 4522809-0, Fax 089 4522809-50
E-Mail: info@pkv-verlag.de
Internet: www.pkv-verlag.de

Geschäftsführer: Christel Egenberger, Katrin Egenberger,
Tim Egenberger

Chefredakteurin: Barbara Kettl-Römer

Erscheinungsweise: 12 Ausgaben im Jahr (ZKZ 018119)

Der Inhalt wurde mit größtmöglicher Sorgfalt erstellt und geprüft. Haftung/Gewähr können jedoch nicht übernommen werden. Wiedergabe – auch auszugsweise – nur mit schriftlicher Einwilligung des Herausgebers.

ABRECHNUNG exakt ist **werbe- und anzeigenfrei, unabhängig von Verbänden, Pharmaindustrie und Krankenkassen**. In diesem Beratungsbrief geht es ausschließlich um die Interessen von Medizinischen Fachangestellten.

Unsere Mission:

Wir machen Praxen erfolgreich und Praxisteam stark.

Leserfragen zur Abrechnung diverser APKs

Frage 1: Wir haben kürzlich in der Praxis darüber gesprochen, ob ein telefonischer APK auch ein persönlicher APK ist. Es ging um eine psychisch angeschlagene Patientin, mit der unser Chef über 15 Minuten ein beruhigendes Gespräch am Telefon geführt hat. Dafür kann man ja die GOP 35110 abrechnen. Darf ich dann auch die Chronikerziffer 03220 abrechnen, obwohl es nur ein telefonischer APK war?

Antwort: Sie können keine der beiden GOPs abrechnen. Die GOP 35110 kann ebenso wenig telefonisch erbracht werden wie die GOP 03220, denn ein telefonischer Kontakt gilt nicht als persönlicher Kontakt. Lediglich die GOP 03230 kann in einigen KV-Bereichen auch für Telefonate abgerechnet werden.

Frage 2: Dürfen wir die GOÄ-Nr. 1 abrechnen, wenn wir uns für den Patienten bei der Ärztin nach einem Laborergebnis oder sonstigen Informationen erkundigen, den Patienten dann zurückrufen und ihm die Antwort der Ärztin mitteilen? Gilt das als mittelbarer Kontakt?

Antwort: Die Übermittlung von Befunden durch die MFA ist ein mittelbarer Kontakt, den Sie mit der GOÄ-Nr. 2 abrechnen können. Nr. 1 dürfen Sie nur dann abrechnen, wenn die Ärztin selbst mit dem Patienten gesprochen hat oder Rückfragen am Telefon entstehen, die mit der Ärztin direkt besprochen werden.

Frage 3: Ein Privatpatient bestellt bei einer MFA ein Rezept um 9:30 Uhr. In den Nachmittagsstunden erfolgt ein Hausbesuch. Muss die Nr. 2 dann gestrichen werden?

Antwort: Nein, hier werden beide Leistungen mit Uhrzeitangabe abgerechnet.

IN DER NÄCHSTEN AUSGABE LESEN SIE

- Basiswissen zur EBM-Abrechnung: So funktioniert das mit der Gesamtvergütung und Honorarverteilung
- Wann Sie die Chronikerpauschalen in der Urlaubsvertretung abrechnen dürfen und wann nicht
- Wie Sie die Anleitung zur Selbstanwendung des Real-Time-BZ-Messgeräts korrekt abrechnen