

ABRECHNUNG exakt

Sicher und vollständig abrechnen nach EBM und GOÄ

Liebe Leserin, lieber Leser,

zu den guten Vorsätzen, mit denen viele Praxen ins neue Jahr gestartet sind, gehört oft auch ein verbessertes Terminmanagement. Tatsächlich lässt sich da in vielen Praxen noch einiges verbessern. Aber selbst das beste Terminmanagement kann nicht wirken, wenn die Patienten es torpedieren.

Die Terminservicestellen beispielsweise haben inzwischen die Erfahrung gemacht, über die jede Facharzt-MFA sie vorher hätte aufklären können: Bei fast einem Drittel der „dringenden“ Termine, die über die Terminservicestellen der KVen vermittelt werden, erscheinen die Patienten einfach nicht – also ohne vorher abzusagen. Ich kenne das aus meiner Praxis: Wenn eine geplante Endoskopie ausfällt, dann steht diese Abteilung mindestens 1 Stunde still. So schnell finden Sie da keinen Ersatz. Das ist ärgerlich, kostet Geld und führt natürlich auch dazu, dass die Wartezeiten auf Termine immer länger werden.

Was können Sie dagegen tun?

Manche Praxen rufen ihre Patienten ein paar Tage vorher an, um sie an den Termin zu erinnern bzw. nachzufragen, ob sie ihn wahrnehmen werden. Das ist aufwendig. Es ist aber die einzige Möglichkeit, diejenigen herauszufiltern, die ihren Termin vergessen haben oder nicht mehr brauchen. Dann können Sie wenigstens andere Patienten vorziehen oder dringende Fälle kurzfristig einbestellen.

Noch ein Tipp: Vermerken Sie es immer in der Akte, wenn Patienten Termine nicht wahrnehmen. Das geht manchmal nur, wenn Sie zu diesem Zweck Neupatienten im PC anlegen. Aber diese Information ist wertvoll, wenn genau diese Patienten sich später über lange Wartezeiten auf einen Termin beschweren – was bei uns schon mehrfach vorgekommen ist.

Unsere Patienten ändern sich wohl nicht mehr. In der Abrechnung gab es aber zum Jahresbeginn mehrere Änderungen, über die wir Sie auf den nächsten Seiten ausführlich informieren.

Eine erfolgreiche Praxisführung und sichere Abrechnung 2019 wünschen Ihnen

Beate Rauch-Windmüller

Fachliche Leiterin ABRECHNUNG exakt

Dr. Dr. Peter Schlüter

Fachlicher Leiter ABRECHNUNG exakt



DOWNLOAD-SERVICE

www.pkv-institut.de/downloads

Benutzername: mfa, Passwort: antibiotikum, Aktivierungscode: ABR-exakt_01-19

Ihre Experten

Beate Rauch-Windmüller

Fachliche Leiterin
ABRECHNUNG exakt



Dr. Dr. Peter Schlüter

Fachlicher Leiter
ABRECHNUNG exakt



Die Themen dieser Ausgabe

S. 2 Die 10 wichtigsten Neuerungen zum 1. Quartal 2019

S. 3 Denken Sie 2019 an die HPV-Impfung auch für Jungen

S. 4 Abrechnung der Zweitmeinung: So funktioniert sie

S. 5 Was Sie über den neuen EBM-Abschnitt 37.4 und die GOP 37400 wissen sollten

S. 6 15 praktische Tipps zur Abrechnungsorganisation 2019 im DMP

S. 7 Warum die GOÄ die Basis (fast) jeglicher Abrechnung ist

S. 8 Leserfragen und Impressum

Übersicht: Die 10 wichtigsten Neuerungen zum 1. Quartal 2019 in der GKV-Abrechnung

Die nächsten größeren EBM-Änderungen sind ja erst für das Jahr 2020 angekündigt. Trotzdem sind zum Jahreswechsel wieder einige Neuerungen in Kraft getreten, über die Sie informiert sein sollten:

1. Die ärztliche Vergütung steigt um 1,58 Prozent.

Der Orientierungspunktwert für 2019 liegt damit bei 10,8226 Cent (2018 waren es 10,6543 Cent). Weitere echte Honorarsteigerungen sind nur von neuen extrabudgetären Leistungen zu erwarten; es ist aber noch nicht abzusehen, welche im Lauf des Jahres in den GKV-Leistungskatalog und damit in den EBM aufgenommen werden.

2. Für die Transition von Rheuma-Patienten in der ASV gibt es zwei neue EBM-GOPs.

Das EBM-Kapitel 50 für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) wurde um den Abschnitt 50.4 erweitert, in dem sich die neuen GOPs 50400 und 50401 befinden. Sie ersetzen die bisherige Pseudoziffer 88511.

Kinder-Rheumatologen rechnen künftig die GOP 50400 (110 P./11,71 Euro) ab, wenn sie Patienten aus ihrem ASV-Team in die Erwachsenenversorgung überleiten; ein ausführlicher schriftlicher Abschlussbericht ist Teil der Leistung. Rheumatologen, die einen jungen Patienten bis zum 21. Geburtstag neu in ihr ASV-Team übernehmen, rechnen dafür die GOP 50401 ab (90 P./9,58 Euro).

Beide Leistungen können je angefangene zehn Minuten und bis zu fünfmal in vier Quartalen berechnet werden; die Vergütung erfolgt extrabudgetär und ohne Mengengrenzung.

3. Das Zweitmeinungsverfahren zieht in den EBM ein.

Vor bestimmten planbaren Operationen (z. B. Mandel-OP, Gebärmutterentfernung) haben Patienten zukünftig einen Anspruch auf das Einholen einer ärztlichen Zweitmeinung. Ärzte, die solche Zweitmeinungen abgeben und abrechnen wollen, müssen sich das bei ihrer KV genehmigen lassen.

Indikationsstellende Ärzte müssen ihre Patienten über das Recht auf eine Zweitmeinung aufklären. Dafür wurde eine eigene Gebührenordnungsposition geschaffen, nämlich die GOP 01645 (75 P./8,12 Euro). Sie wird zunächst extrabudgetär vergütet. Mehr über die Abrechnung des Zweitmei-

nungsverfahrens lesen Sie auf den Seiten 4 und 5 dieser Ausgabe.

4. Pflegeeinrichtungen müssen ab sofort Kooperationsverträge mit Arztpraxen schließen.

Das ist eine Folge des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG), das nun in Kraft getreten ist. Bisher waren solche Vereinbarungen freiwillig, nun sind sie gesetzlich vorgeschrieben. Wenn ein Heim keinen Kooperationspartner auf freiwilliger Basis findet, muss die jeweilige KV binnen drei Monaten eine geeignete Praxis vermitteln.

5. Es gibt eine neue GOP für die Versorgungsplanung: die GOP 37400.

Patienten im Pflegeheim können sich über ihre medizinische Versorgung in der letzten Lebensphase beraten lassen und festlegen, wie im Notfall verfahren werden soll (samt entsprechender schriftlicher Patientenverfügung).

Dafür wurde ein neuer Abschnitt 37.4 in den EBM aufgenommen, in dem die neue GOP 37400 (100 P./10,82 Euro) zu finden ist. Ein an der Beratung beteiligter Arzt kann sie einmal im Behandlungsfall abrechnen. Mehr über diese neue GOP lesen Sie ab Seite 5.

6. Die Fahrkosten für Schwerbehinderte und Pflegebedürftige werden nun einfacher übernommen.

Auch das ist eine Folge des PpSG: Schwerbehinderte mit Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ sowie Pflegebedürftige mit Pflegegrad 3, 4 oder 5 (bei Grad 3 nur, wenn eine „dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität“ vorliegt) brauchen den „Taxischein“ nach Muster 4 zukünftig nicht mehr der Krankenkasse zur Genehmigung vorzulegen.

Die Genehmigung gilt bei Vorliegen der genannten Voraussetzungen automatisch als erteilt.

7. Die Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege wurde geändert.

Bereits seit 01.12.2018 haben Patienten in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Behandlungspflege zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Das gilt aber grundsätzlich nur für Pflegemaßnahmen, die von medizinisch ausgebildetem Fachpersonal erbracht werden müssen und nicht als „einfachste Maßnahmen“

(wie etwa Blutdruckmessen oder Medikamentengabe) betrachtet werden.

Dazu gibt es eine Ausnahme: Wenn die Einrichtung keine ganztägige Betreuung vorsieht (etwa eine Behinderten-Wohngemeinschaft) und nicht ganztägig eine Pflegefachkraft vor Ort ist, dürfen auch einfachste Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege zulasten der GKV verordnet werden. Diese Verordnung – Muster 12 – muss aber vorab der Krankenkasse zur Genehmigung vorgelegt werden.

8. Die Richtlinie zur substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger wurde geändert.

Deutlicher als bisher wird seit Dezember 2018 im Therapiekonzept berücksichtigt, dass es sich bei der Opioidabhängigkeit um eine schwere chronische Erkrankung handelt, die in der Regel einer lebenslangen Behandlung bedarf, bei der körperliche, psychische und soziale Aspekte gleichermaßen zu berücksichtigen sind. So sind nun auch die Sicherstellung des Überlebens und die Abstinenz von unerlaubt erworbenen und erlangten Opioiden als Behandlungsziele verankert.

Auch die Dokumentationsanforderungen wurden deutlich reduziert. So müssen Ärzte zu Beginn der Substitutionstherapie für bestimmte Patienten nicht mehr ihre Dokumentation zur Prüfung an die Qualitätssicherungskommission der KV übermitteln. Das betrifft Patienten, die noch nicht lange drogenabhängig sind, Patienten, die noch nicht volljährig sind, und Patienten, die mit Diamorphin, Codein oder Dihydrocodein behandelt werden.

Auf die schriftliche Bestätigung der psychosozialen Beratungsstelle über die Aufnahme oder die Fortführung einer

psychosozialen Betreuung können die Ärzte ab sofort verzichten.

9. Muster 20 wurde geändert.

Für den ärztlichen Wiedereingliederungsplan gilt ab sofort ein neues Formular, in dem klargestellt wird, dass die Einschätzung des Arztes „nach aktueller Betrachtung“ abgegeben wird. Zudem gilt der letzte Tag der Wiedereingliederung automatisch als letzter Tag der AU, es muss also keine zusätzliche zeitliche Einschätzung mehr vorgenommen werden.

Der Patient benötigt aber weiterhin eine AU-Bescheinigung oder eine Bescheinigung im Krankengeldfall, denn bis zur völligen Wiederherstellung gilt der Patient/die Patientin weiterhin als arbeitsunfähig. Die Ausstellung des Formulars kann nach wie vor mit der GOP 01622 abgerechnet werden.

10. Bestimmte Leistungen werden vom 1. bis zum 3. Quartal 2019 extrabudgetär vergütet.

- **Anträge für medizinische Reha:** Bisher wurde diese Leistung – das Ausfüllen von Formular Muster 61 – über die GOP 01611 innerhalb der Morbiditätsorientierten Gesamtvergütung von den Krankenkassen vergütet. In den ersten drei Quartalen 2019 bekommen Sie das Honorar dafür extrabudgetär. Dasselbe gilt auch für die Porto- und Kopierkosten (GOP 40120 bzw. 40144), die im Zusammenhang mit diesem Antrag entstehen und abgerechnet werden.
- **Hausärztliche palliativmedizinische Versorgung:** Die GOPs 03370 bis 03373 bzw. 04370 bis 04373 werden ebenfalls für diese drei Quartale außerhalb der Honorarobergrenzen vergütet.

Denken Sie 2019 an die HPV-Impfung auch für Jungen!

Nachdem inzwischen der G-BA-Beschluss zur HPV-Impfung bei Jungen umgesetzt wurde, übernehmen nun alle gesetzlichen Krankenkassen die Kosten auch bei Jungen im Alter von 9 bis 14 Jahren. Die Impfung erfolgt in 2 Impfdosen, die im Abstand von mindestens 5 Monaten verabreicht werden.

Als Anlass eignen sich hierfür die U11, die von einigen Krankenkassen übernommen wird, sowie die J1-Untersuchung, die als EBM-Leistung von allen GKVn bezahlt wird. Bei Jugendlichen bis zum 14. Geburtstag benötigen Sie die Einwilligung der Erziehungsberechtigten für die Durch-

führung der Impfung. Diese sollten Sie sicherheitshalber schriftlich einholen.

Meine Empfehlung für einen guten Vorsatz zum neuen Jahr:

Kontrollieren Sie konsequent ab sofort alle Impfbücher von Kindern und Jugendlichen, damit alle noch nicht durchgeführten Impfungen – besonders auch Mumps, Masern und Röteln – zusammen mit der HPV-Impfung nachgeholt werden können bzw. der Impfschutz vervollständigt werden kann.

Abrechnung der Zweitmeinung: So funktioniert sie

Der Anspruch auf eine Zweitmeinung ist im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz verankert, das bereits 2015 in Kraft getreten ist (§ 27b SGB V). Demnach haben gesetzlich Krankenversicherte einen Rechtsanspruch darauf, vor bestimmten planbaren Eingriffen eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einzuholen. Ziel ist es, die Anzahl dieser OPs zu verringern, die medizinisch nicht unbedingt geboten sind. So sehen die neuen Verfahrens- und Abrechnungsregeln für dieses Zweitmeinungsverfahren aus:

Derzeit besteht ein Zweitmeinungsanspruch für folgende Eingriffe:

- Mandelteilresektion (Tonsillotomie)
- Vollständige Entfernung der Gaumenmandeln (Tonsillektomie)
- Gebärmutterentfernung (Hysterektomie)

Nach und nach werden weitere Operationen hinzukommen. Theoretisch können Ärzte seit dem 2. Januar 2019 Zweitmeinungen abgeben und abrechnen. Praktisch müssen sie für die Teilnahme an diesem Verfahren erst eine Genehmigung der KV einholen.

Folgende formale Voraussetzungen sind dafür derzeit zu erfüllen:

- Vorliegen einer Facharztbezeichnung für den Eingriff (HNO-Ärzte und Kinderärzte bei Tonsillektomien und Tonsillotomien, Gynäkologen bei Hysterektomien)
- Fünf Jahre ganztägige Tätigkeit in der unmittelbaren

Patientenversorgung (Umfang von Teilzeit umgerechnet)

- Erfüllung der Fortbildungsvorschriften
- Befugnis zur Weiterbildung oder akademischen Lehre.

Ärzte sind zukünftig zur Aufklärung über das Zweitmeinungsverfahren verpflichtet:

Nach der Richtlinie des G-BA müssen Ärzte ihre Patienten über deren Rechtsanspruch auf eine Zweitmeinung informieren, wenn sie die Indikation für einen dieser planbaren Eingriffe stellen.

Das heißt: Rät beispielsweise ein HNO-Arzt zur Entfernung der Rachenmandeln, muss er den Patienten darauf hinweisen, dass dieser vor dem Eingriff eine Zweitmeinung einholen kann.

Zusätzlich muss der indikationsstellende Arzt dem Patienten folgende Informationen aushändigen:

- alle für die Zweitmeinungsberatung nötigen Befunde,
- das Patienten-Merkblatt des G-BA (Download unter <https://www.g-ba.de/institution/service/publikationen/merkblaetter/merkblaetter/>) sowie
- die Liste der Zweitmeiner, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bereitgestellt wird.

So ist die Vergütung für das Verfahren geregelt

Der indikationsstellende Arzt kann für seinen Aufwand bei der Aufklärung die neue GOP 01645 abrechnen:

GOP	Leistung	Wert 2019
01645	<p>Aufklärung und Beratung im Zusammenhang mit einem ärztlichen Zweitmeinungsverfahren sowie die Zusammenstellung, Mehrfertigung und Aushändigung von Befundmitteilungen, Berichten, Arztbriefen und anderen patientenbezogenen Unterlagen an den Patienten gemäß § 6 Abs. 4 der Richtlinie des G-BA zum Zweitmeinungsverfahren</p> <p>Obligater Leistungsinhalt</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufklärung über den Anspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung gemäß § 27b Abs. 2 SGB V, - Beratung im Zusammenhang mit einer ärztlichen Zweitmeinung gemäß § 27b Abs. 2 SGB V, - Aushändigung des Informationsblattes des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zweitmeinungsverfahren, - Zusammenstellung, Mehrfertigung und Aushändigung von Befundmitteilungen, Berichten, Arztbriefen und anderen patientenbezogenen Unterlagen an den Patienten, - Information zu geeigneten Zweitmeinungsärzten, <p>Fakultativer Leistungsinhalt</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zusammenführung und ggf. Aufbereitung der patientenbezogenen Unterlagen, - Beratung nach ärztlicher Zweitmeinung 	75 P. 8,12 €

Anmerkungen zur GOP 01645:

- Sie ist einmal im Krankheitsfall abrechenbar.
- Die GOP 01645 ist nur durch den indikationsstellenden Arzt gemäß § 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zweitmeinungsverfahren berechnungsfähig.
- Die Berechnung der GOP 01645 setzt die eingriffsspezifische Dokumentation gemäß der bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung voraus.

Die Leistung wird bis Ende 2021 extrabudgetär vergütet.

Für die Erbringung der Zweitmeinung selbst gibt es dagegen keine eigene GOP:

Der Arzt, der die Zweitmeinung abgibt, rechnet sie über die jeweilige Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale beim

ersten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal ab. Die jeweilige Pauschale muss er „bundeseinheitlich und eingriffsspezifisch nach Vorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung“ kennzeichnen.

Wenn der „Zweitmeiner“ für seine Entscheidung weitere Untersuchungen benötigt, kann er diese erbringen und abrechnen, muss das aber medizinisch begründen. Außerdem muss er auch die im Rahmen des Verfahrens erbrachten zusätzlichen Untersuchungsleistungen nach den KBV-Vorgaben kennzeichnen.

So steht es im neuen Abschnitt 4.3.9 (Ärztliche Zweitmeinung) der Allgemeinen Bestimmungen im EBM.

Wie diese Kennzeichnung im Einzelnen aussieht, war bei Redaktionsschluss noch nicht bekannt.

Was Sie über den neuen EBM-Abschnitt 37.4 und die GOP 37400 wissen sollten

Pflegeheime können ihren Bewohnern eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten. Dabei sollte aber sinnvollerweise der Hausarzt einbezogen werden. Der Bewertungsausschuss hat daher Ende 2018 eine neue Leistung beschlossen, nämlich die GOP 37400, die seit 1. Januar 2019 abgerechnet werden kann.

Was bedeutet die „gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ nach § 132g SGB V?

Ziel ist, dass die Heimbewohner mit qualifizierten Beratern der Pflegeheime oder Behinderteneinrichtungen Vorstellungen darüber entwickeln und festhalten, welche pflegerischen und medizinischen Maßnahmen sie in der letzten Lebensphase und während des Sterbeprozesses bzw. in Notfallsituationen erhalten möchten (nach Art, Ausmaß und Intensität). Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht sollen ebenfalls besprochen und verfasst werden.

Den jeweiligen Berater bestimmt das Pflegeheim/die Einrichtung. Er soll sich dann nach Bedarf mit dem behandelnden Arzt austauschen.

Falls eine persönliche Beteiligung des Arztes am Beratungsprozess erforderlich ist – etwa weil die medizinischen Fragestellungen komplex sind –, findet eine Fallbesprechung statt. An dieser können übrigens auch Angehörige des Versicherten teilnehmen.

Dafür kann der Arzt die neue GOP 37400 abrechnen, die bis Ende 2020 extrabudgetär vergütet wird.

Dazu wurde ein neuer EBM-Abschnitt 37.4 eingefügt

Der Abschnitt trägt den Titel:

Versorgungsplanung gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V

Die Präambel lautet:

Die Gebührenordnungsposition 37400 dieses Abschnittes kann von Ärzten gemäß Nr. 6 der Präambel 37.1 nur bei Patienten berechnet werden, die durch einen Berater gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V in einem Pflegeheim oder einer Einrichtung der Eingliederungshilfe betreut werden.

Beachten Sie:

- Die Fallbesprechung kann auch telefonisch erfolgen.
- Die GOP 37400 ist nicht neben den GOPs 03371 bis 03373, 04371 bis 04373, 37120, 37305, 37306, 37318 und 37320 berechnungsfähig.
- Wie alle anderen Leistungen des Kapitels 37 kann die GOP 37400 nur im Rahmen eines Kooperationsvertrages mit dem Pflegeheim abgerechnet werden.

Die neue GOP 37400 finden Sie auf der nächsten Seite.

GOP	Leistung	Wert 2019
37400	<p>Zusatzpauschale für die Beteiligung an der Beratung eines Patienten in Zusammenarbeit mit dem Berater gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V</p> <p>Obligater Leistungsinhalt</p> <ul style="list-style-type: none"> – Teilnahme an einem vom verantwortlichen Berater durchgeführten patientenorientierten Beratungsgespräch gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs.3 SGB V und/oder – Teilnahme an einer vom verantwortlichen Berater durchgeführten patientenorientierten Fallbesprechung gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V und/oder – Abstimmung der schriftlichen Patientenverfügung für Notfallsituationen gemäß § 9 Abs. 3 der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V in Zusammenarbeit mit dem verantwortlichen Berater <p>Fakultativer Leistungsinhalt</p> <ul style="list-style-type: none"> – In mehreren Sitzungen, – Zusammenarbeit und Informationsaustausch gemäß § 11 Abs. 1 der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V mit dem verantwortlichen Berater <p>Abrechnungsbestimmung: einmal im Behandlungsfall</p>	100 P. 10,82 €

15 praktische Tipps zur Abrechnungsorganisation 2019 im DMP

DMPs sind mit viel Organisation und Controlling verbunden. Werden beispielsweise Fristen zur regelmäßigen Behandlung der Patienten nicht eingehalten oder DMP-Dokumentationen nicht rechtzeitig oder versehentlich gar nicht an die Datenstellen exportiert, werden die Patienten nämlich aus dem Programm ausgeschrieben. Das ist ärgerlich, denn dann war der ganze Aufwand umsonst. Zudem werden DMP-Leistungen extrabudgetär vergütet, also ohne Mengenbegrenzung und Abstaffelung.

Diese 15 Tipps helfen Ihnen dabei, einen reibungslosen DMP-Ablauf zu gewährleisten und das volle Honorar zu erwirtschaften:

1. Die Zuständigkeit für den DMP-Export einschließlich DMP-Controlling (Abgleich der eigenen Exportliste mit der Liste der Datenstellen) sollte eine MFA fest übernehmen, für die auch eine Vertretung festgelegt wird.
2. Diese MFA sollte die DMP-Abrechnung mit Hilfe der Tageslisten nach Ende der Sprechstunde täglich auf Vollständigkeit und Richtigkeit prüfen.
3. Filtern Sie regelmäßig anhand von Statistiklisten in Ihrer Praxissoftware alle möglichen Kandidaten heraus, die noch nicht ins DMP eingeschrieben wurden. Sprechen Sie diese beim nächsten Besuch in der Praxis auf das DMP an.
4. Achten Sie darauf, dass Sie bei den DMP-Patienten alle gesicherten Diagnosen in Ihren Diagnosedatenstamm eingeben (Dauerdiagnose und alle Neben- bzw. Begleiterkrankungen).
5. Vergeben Sie bei jedem DMP-Termin gleich den nächsten Termin (alle drei oder sechs Monate) für den Patienten.
6. Arbeiten Sie mit dem internen Recall-System der Praxissoftware und erinnern Sie die Patienten an die Folgetermine.
7. Hat der Patient seinen Termin dennoch nicht wahrgenommen, rufen Sie den Patienten an und vereinbaren Sie einen Ersatztermin.
8. Eine Abrechnungsübersicht zu den DMPs finden Sie auf der Website Ihrer KV. Drucken Sie sich die Ziffernlisten „Ihrer“ DMPs am besten aus und nutzen Sie sie als Schreibtischunterlage.
9. Achten Sie bereits beim Eingeben auf die Warnungen der Praxissoftware und speichern Sie nur korrekt und vollständig ausgefüllte Dokumentationen ab. Dadurch

sparen Sie sich eine zusätzliche Kontrolle vor dem Datenexport.

10. Die Praxissoftware speichert die DMP-Dokumentationsdateien getrennt nach Indikationen und Datenstellen ab. Das heißt, Sie müssen auch in Ihrer Software kontrollieren, ob die Dateinamen richtig sind. Ansonsten kann es dazu kommen, dass die DMP-Datensätze teilweise nicht exportiert werden.
11. Eine Übersicht der DMP-Datenstellen nach Bundesland können Sie hier einsehen: ftp://ftp.kbv.de/ita-update/Medizinische-Dokumentationen/KBV_ITA_AHEX_Verzeichnis_Datenannahmestellen.pdf
12. DMP-Dokumentationen sind bis spätestens zum fünften Kalendertag des Folgemonats nach Befunderhebung online an die DMP-Datenstellen zu übermitteln.

Ich empfehle, diesen Export immer am letzten Arbeitstag im Monat durchzuführen.

13. Nur für Dokumentationen, die der zuständigen Datenstelle innerhalb von 52 Kalendertagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes vollständig und plausibel vorliegen (inklusive abgeschlossener Korrektur), erhalten Sie Honorar (52-Tages-Frist).
14. Daher sollten Sie Statusberichte der Datenstellen NICHT ignorieren, sondern mit der eigenen Exportliste vergleichen. Das ist viel Arbeit, lohnt sich aber.
15. Bewahren Sie diese Auszüge und Ihre eigenen sorgfältig auf. Die Krankenkassen überprüfen nämlich Leistungen der letzten 4 Jahre und fordern oft Datensätze nach. Die Patientenerklärungen zur Einschreibung müssen ohnehin 10 Jahre lang im Original aufbewahrt werden.

Warum die GOÄ die Basis (fast) jeglicher Abrechnung ist

Die GOÄ ist, anders als der EBM, eine Rechtsverordnung. Sie ist für alle Abrechnungen verpflichtend anzuwenden, die nicht anderweitig gesetzlich geregelt sind.

Immer wieder hört man von Patienten oder im Bekanntenkreis, dass jemand eine Selbstzahlerleistung (IGeL) in Anspruch genommen, dafür einen „glatten“ Betrag bezahlt und eine Quittung bekommen habe.

Es gibt selbstverständlich einige IGeL, gerade im Bereich der Atteste und Bescheinigungen, bei denen es problemlos möglich ist, über einen entsprechenden Steigerungsfaktor einen Betrag von 5 oder 10 Euro hinzubekommen. In der Regel gibt uns die GOÄ aber „krumme“ Beträge vor.

Manche Praxen denken, sie bräuchten die GOÄ gar nicht zu Rate zu ziehen, wenn sie eine IGeL anbieten und mit dem Patienten eine Honorarvereinbarung oder einen Abdingungsvertrag schließen. Mit einem solchen Vertrag könne man für eine Selbstzahlerleistung verlangen, was man wolle. Das ist aber falsch! Man kann mittels Abdingungsvertrag zwar jegliches Honorar vereinbaren, er unterliegt aber eindeutigen und verbindlichen Regelungen.

Der Gesetzgeber hat nämlich eindeutig geregelt, dass die GOÄ als amtliche Gebührenordnung für jegliche ärztliche Leistung zu nutzen ist. Das geht schon aus § 1 hervor:

Die Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Ärzte bestimmen sich nach dieser Verordnung, soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist.

Und für welche Patientengruppen ist per Bundesgesetz etwas anderes bestimmt?

- GKV-Patienten: Ihre Behandlungen werden nach EBM (§ 87 SGB V) abgerechnet.
- Patienten, die Ansprüche an die Unfallversicherungsträger haben: Leistungen für sie werden nach der UV-GOÄ abgerechnet.
- Anfragen von Versorgungsämtern, Landratsämtern, Sozialgerichten oder der Rentenversicherung: Sie werden nach dem Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz (JVEG) als „Vergütung von Dritten“ behandelt.

In allen anderen Fällen ist die Grundlage der erbrachten Leistungen und deren Abrechnung die GOÄ. Für sie gilt natürlich auch § 12 der GOÄ, in dem unter Punkt 2 festgehalten ist, was eine Rechnung enthalten muss:

- das Datum der Erbringung der Leistung,
- bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistungen einschließlich einer in der Leistungsbeschreibung ggf. genannten Mindestdauer sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz.

Das dürfte schwerlich alles auf eine Quittung passen, hier muss schon eine ordentliche Rechnung geschrieben werden. Falls Sie sich doch für Quittungen entscheiden: Beim durchnummerierten Quittungsblock muss aus Datenschutzgründen darauf geachtet werden, dass der Name des Patienten nicht auf dem Durchschlag erscheint, der dem Steuerbüro und damit dem Finanzamt zugeht.



Das Team von ABRECHNUNG exakt



Beate Rauch-Windmüller

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



Dr. Dr. Peter Schlüter

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



Barbara Kettl-Römer

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



Karin Meinhart

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

Impressum

ABRECHNUNG exakt

Sicher und vollständig abrechnen nach EBM und GOÄ

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

Frage 1: Wie rechne ich Medikamentenkosten bei Privatpatienten richtig ab? Beispielsweise wurde 1 Amp. Fenistil verabreicht (Notfall, aus Praxisbestand). Gekauft werden kann aber nur eine 5er-Packung. Kann ich dann den vollen Preis für die Packung in Rechnung stellen?

Antwort: Das geht leider nicht, weil Sie nur die tatsächlich verbrauchten Materialien auf die Rechnung setzen können. Da Sie die Ampullen vorrätig haben, müssen Sie nachsehen, was sie im Einkauf gekostet haben. Wenn Sie 10 Ampullen als Praxisvorrat gekauft haben, teilen Sie den Gesamtpreis durch 5. Damit haben Sie den genauen Preis für eine Ampulle, den Sie dem Patienten in Rechnung stellen.

Sie können aber dem Patienten auch die kleinste Packung (eben die 5er) Fenistil verordnen und ihn bitten, eine Ampulle davon in der Praxis abzugeben. Die restlichen 4 Ampullen kann er dann bei sich im Kühlschrank für weitere Notfälle aufbewahren.

Frage 2: Was kann ich abrechnen, wenn nicht die komplette Ampulle eines Medikaments verbraucht wurde?

Antwort: Sie stellen die Sachkosten für eine komplette Ampulle in Rechnung. Angebrochene Medikamentenampullen können Sie ja nicht weiter verwenden, damit gilt die ganze Ampulle als verbraucht.

Frage 3: Kann man die Sachkosten für Infusionsbesteck abrechnen, auch wenn die Infusion neben der Propofolnarkose nicht abgerechnet werden kann?

Antwort: Ja, Infusionsbestecke können als Sachkosten immer berechnet werden, auch wenn Sie die eigentliche Leistung nicht abrechnen dürfen.

IN DER NÄCHSTEN AUSGABE LESEN SIE

- Extrabudgetäre Leistungen bringen Mehrumsatz: Was Sie darüber wissen sollten
- Wie ist das mit der Laborausnahmekennziffer 32015 bei Patienten mit NOAK?
- Wie Sie Ultraschalluntersuchungen mehrerer Organe nach GOÄ richtig abrechnen