

ABRECHNUNG exakt. Dein Wissensabo



Ausgabe vom 20.01.2026



Liebe Leserin, lieber Leser,

wenn das Praxisverwaltungssystem ausfällt, geht meistens gar nichts mehr. Falls der Grund dafür „nur“ die unterbrochene Stromversorgung oder eine Selbstabschaltung des Servers aufgrund von Überhitzung durch einen verstaubten Lüfter war – umso erleichternder. Aber was ist, wenn dem ein Hackerangriff zugrunde läge? Das wäre der Super-GAU in Sachen Datenschutz und nicht zuletzt auch hinsichtlich der Reputation der Praxis. Jüngst häuften sich Hackerangriffe auf Hausarztpraxen, z. B. in der Region Unterfranken, weshalb der Bayerische Hausärzteverband vor akuter Cyberbedrohung warnt. Erfüllt Ihre Praxis schon alle Anforderungen der aktualisierten IT-Sicherheitsrichtlinie nach § 390 SGB V? Auch wenn das Thema neben Ihrer eigentlichen Arbeit, Menschen beim Gesundbleiben und Gesundwerden zu helfen, lästig sein mag, schieben Sie es nicht auf die lange Bank und schaffen Sie im ganzen Team Bewusstsein dafür! Auch beim Onlineversand Ihrer Abrechnungsdaten ist besondere Sensibilität gefragt. Der Umstieg von der alten RSA-Verschlüsselung auf das neue ECC-Verfahren hat in Ihrer Praxis hoffentlich reibungslos geklappt.

Bleiben wir beim Thema Daten: Der erste Beitrag der heutigen Ausgabe illustriert anhand von Fallbeispielen, wie Sie das Befüllen der elektronischen Patientenakte mit verschiedenen Dokumenten und anderen Daten abrechnen. Das kann je nach Umständen ganz schön komplex sein.

Der zweite Beitrag widmet sich der Abrechnung eines Kardiochecks. Ist Ihre Praxis mit den entsprechenden Geräten ausgestattet? Vielleicht machen auch Sie dann die Erfahrung, dass kardiologische Kontrollen in der Hausarztpraxis zunehmen, weil Patientinnen und Patienten nicht mehr gewillt sind, lange auf einen Facharzttermin zu warten. Und das, obwohl die Echokardiographie nicht nach EBM abgerechnet werden kann. Das Thema Privatabrechnung behandelt auch der dritte Beitrag. Bestimmt schlummert in Ihrer Praxis in dieser Hinsicht noch einiges ungenutztes Potenzial!

Im Zuge des jüngsten Wintersturms waren wahrscheinlich auch bei Ihnen vermehrt Sturzfolgen zu verarzten. Unser aktuelles Fallbeispiel behandelt deshalb den Sturz eines Kindes auf einem vereisten Gehweg. Die Leserfragen schließlich drehen sich um Grundsätzliches und Details zur Videosprechstunde. Wissen Sie z. B., ob Ihre Chefin oder Ihr Chef auch von einer österreichischen Skihütte aus eine Videosprechstunde für Kassenpatienten durchführen könnte?

Kommen Sie weiter sicher durch den Winter!

Jasmin Wenz und Peter Schlüter



6 knifflige ePA-Konstellationen und ihre Abrechnung

Seit Oktober des vergangenen Jahres ist das Befüllen der ePA mit elektronisch vorliegenden Daten bei GKV-Versicherten Pflicht – vorausgesetzt, die Patientin bzw. der Patient hat sich für die Anlage der ePA entschieden und widerspricht einer Befüllung nicht. Verschiedene Fallkonstellationen erschweren aber die anschließende Abrechnung. In den folgenden Fallbeispielen sind alle GKV-Versicherten volljährig und werden in der Hausarztpraxis regelmäßig behandelt. Es ist der erste Kontakt im Quartal.

Fall	GOPs	Bemerkung
Nach dem Gespräch über die Osteoporose befüllt der Arzt erstmalig die ePA von Frau A. mit dem Laborwertebogen. Es befinden sich aber von der Patientin (!) hochgeladene Fotos ihrer Vorsorgevollmacht darauf.	03000 03220 01648	Bei eingestellten Dokumenten eines GKV-Versicherten gilt die ePA als unbefüllt. Die Erstbefüllungs-GOP 01648 (einmalige Berechnung möglich) rechnen Sie also ab. Einzustellende eDokumente versehen Sie mit Ihren Metadaten (wie einstellende Person, Autorin/Autor, Einstellungsanlass, Dokumententyp).
Bei Herrn B. besteht der Verdacht auf Hypertonie; folglich erhielt er ein Langzeitblutdruckmessgerät. Am Folgetag stellt die Ärztin nach der Besprechung die PDF-Datei in die ePA. Eingestellt sind aber bereits ein eArztbrief einer Internistin und ein Entlassbrief eines Krankenhauses.	03000 Folgetag: 03324 01647	Die ePA gilt bereits als erstbefüllt. Voraussetzung zur Ansetzung der GOP 01647 – einmal im Behandlungsfall (BHF) – ist ein pAPK oder Video-APK im BHF. Sie ist nicht neben der GOP 01648 bzw. 01431 im BHF ansetzbar.
Nach dem Gespräch über ihre chronische Post-Zoster-Neuralgie bittet Frau C. die Ärztin, die heutige eAU in die bereits befüllte ePA zu stellen.	03000 03220 01647	Die eAU ist nicht verpflichtend von Ihnen einzustellen, sondern erfolgt auf Wunsch der Patientin. Abrechnen können Sie das Einstellen dennoch.
Herr D. wechselte die Krankenkasse und ließ bislang eingestellte eDokumente von der neuen Krankenkasse in die aktuelle ePA übertragen. Nach dem Gespräch über die bestehende Neurodermitis importiert die Ärztin einen eArztbrief des Dermatologen ins eigene PVS.	03000 03220H 01647	Ein Krankenkassenwechsel löst zwar immer einen neuen KHF und BHF aus, die GOP 01648 rechnen Sie aber nicht erneut ab. Sie ist nur einmalig je Patientin bzw. Patient ansetzbar, das gilt also auch im Rahmen eines Kassenwechsels!
Frau E. lässt ihre gesamte ePA von der Krankenkasse löschen. Ein Quartal später entscheidet sie sich um; die ePA wird erneut angelegt. Der Arzt speichert den unveränderten eMedikationsplan mit dem ADHS-Medikament in der ePA.	03000 03220 01647	Alle bisher eingestellten eDokumente sind unwiderruflich gelöscht und erscheinen somit nicht in der neuen ePA. Der Arzt kann diese erneut einstellen, ist dazu aber nicht verpflichtet.

Während des Videokontakts bittet Herr F. die Ärztin, notfallrelevante Angaben zur Narkolepsie als NFD-Erstanlage auf der noch unbefüllten eGK zu speichern und diese anschließend in die ePA zu stellen.	01450 88220 03000	<ul style="list-style-type: none"> Den Zugriff auf die ePA haben Sie nur, wenn die eGK im aktuellen Quartal bereits eingelesen wurde, die 90-tägige Zugriffsberechtigung vom Vorquartal fortbesteht oder Herr F. Ihnen über die Krankenkassen-App Zugriff erteilt. Die Anlage des NFD ist heute aber nicht möglich: Dafür muss die eGK im stationären Kartenlesegerät stecken. Die GOPs 03220 und 03221 (Chronikerpauschalen) dürfen Sie bei Videokontakten leider nicht abrechnen. Bei bekannten Patientinnen bzw. Patienten setzt die KV die GOP 01452 (siehe Leserfragen unten) automatisch hinzu, wenn die Person im Quartal nicht mehr persönlich in der Praxis erscheint.
--	-------------------------	---



So rechnen Sie den Kardiocheck für Privatversicherte korrekt ab

Die entsprechenden Geräte sind häufig vorhanden, das technische Wissen auch: Dennoch dürfen Hausärztinnen und Hausärzte die Echokardiographie nicht nach EBM abrechnen. Der folgende Beitrag schildert Ihnen anhand eines umfassenden Praxisbeispiels, wie Sie die Leistung dennoch abbilden können, wenn eine gesetzlich versicherte Person beispielsweise einen Kardiocheck durch die Hausärztin oder den Hausarzt erbringen lassen möchte oder die Leistung bei einer privat versicherten Person erbracht wird.

Die Echokardiographie gehört zu den wichtigsten Routineuntersuchungen bei Verdacht auf oder zur Verlaufskontrolle bei bekannten Herzerkrankungen, wie etwa

- Herzinsuffizienz,
- koronare Herzkrankheit,
- (v. a.) Schäden der Herzkklappen,
- Blutgerinnsel im Herzen,
- Vitien (Herzfehler),
- Perikarderguss,
- Aussackungen oder Risse der Aortenwand,

und gehört zu einem Kardiocheck grundsätzlich dazu.

Doch werden Herzchecks nur von Fachärztinnen und Fachärzten durchgeführt?

Nein – kardiologische Kontrollen nehmen in der Hausarztpraxis aufgrund der Facharztterminknappheit tatsächlich stets zu. Jedoch kann die Echokardiographie von Hausärztinnen und Hausärzten nicht über den EBM berechnet werden. Daher bleibt hier – sofern die gesetzlich krankenversicherte Person damit

einverstanden ist (Behandlungsvertrag!) – nur die Durchführung des Herzultraschalls als Privatleistung (IGeL), die nach GOÄ abzurechnen ist. Doch auch Privatpatientinnen und -patienten nehmen Kardiochecks gerne in der Hausarztpraxis an, da sie es oft leid sind, länger auf einen kardiologischen Facharzttermin zu warten, wie unser Praxisfall zeigt.

Herbert C. (Raucher, privat bei der Allianz versichert) leidet unter bekanntem Vorhofflimmern und leichtgradigen Klappeninsuffizienzen. Daher stellt er sich heute zum jährlichen Kardiocheck mit zusätzlicher Carotis-Doppler-Untersuchung (wegen Nikotinabusus) bei seiner Hausärztin vor, da er u. a. nicht länger auf einen Facharzttermin warten will.

Die differenzierte Anamnese gestaltet sich schwierig, spezifische kardiale Symptome können jedoch keine festgestellt werden.

Der Herzultraschall/Carotis-Doppler umfasst bei der Untersuchung die folgenden Organe:

- Vena cava
- Aorta (A. ascendens/ascendens)
- Vena pulmonalis beidseitig
- A. carotis und A. vertebralis, A. subclavia – je links und rechts

GOÄ-Ziffer	Leistung	Faktor	Betrag
1	Beratung	3,5 + Begründung	16,32 €
7	Untersuchung	2,3	21,45 €
652	Belastungs-EKG	2,3	59,66 €
424	Zweidimensionale doppler-echokardiographische Untersuchung mit Bilddokumentation	2,3	93,84 €
404	Zuschlag Frequenzspektrumanalyse (i. V. m. GOÄ 424)	1,0	14,57 €
405	Zuschlag bei Untersuchung mit cw-Doppler	1,0	11,66 €
406	Zuschlag bei zusätzlicher Farbcodierung	1,0	11,66 €
410	Ultraschall eines Organs	3,5 + Begründung	40,80 €
420 x 3	Ultraschall von bis zu drei weiteren Organen	3,5 + Begründung	48,96 €
645	Doppler-Duplex	2,5 + Begründung	68,20 €
75	Ausführlicher Befundbericht	2,3	17,43 €
			Gesamt: 404,55 €

Die GOÄ 1 (Begründung: beratungsintensives Krankheitsbild und/oder erhöhter Zeitaufwand bei umfangreicher sonographischer Diagnostik) und GOÄ 645 (Begründung: zusätzlich erbrachte Frequenzspektrumanalyse) können jeweils bis zum Höchstfaktor gesteigert werden.

Die GOÄ 410 (Begründung: zusätzlich Duplexsonographie) sowie 420 (Begründung: erhöhter Zeitaufwand bei Mehrorganuntersuchung, zusätzlich Duplexsonographie) können unter Angabe der Organe/Gefäße zusätzlich wegen genannter Begründungen zum Höchstsatz berechnet werden!

Wichtig im Rahmen des Herzultraschalls: Das „Herzecho“ ist mit den dafür vorgesehenen Nrn. 424, 404, 405 und 406 zwar abgegolten, das betrifft jedoch nicht die Gefäße, die zusätzlich mit eigener Indikation (!) geschallt wurden.

Siehe Allgemeine Bestimmungen zu GOÄ-Kapitel C VI Punkt 6:

„Als Organe im Sinne der Leistungen nach den Nummern 410 und 420 gelten neben den anatomisch definierten Organen auch der Darm, Gelenke als Funktionseinheiten sowie Muskelgruppen, Lymphknoten und/oder **Gefäße** einer Körperregion.“

Tipps:

- Wegen bekannter Ausschlussregelungen bzgl. des Duplexzuschlags nach GOÄ 401 kann zusätzlich die GOÄ 410 sowie jeweils die GOÄ 420 mit einem erhöhten Faktor unter Angabe der Begründung „zusätzlich Duplexsonographie“ angesetzt werden – also unabhängig von einer (zusätzlich erbrachten) Mehrorganuntersuchung.
- Werden verschiedene sonographische Grundleistungen in unterschiedlicher Technik an unterschiedlichen körperbezogenen Zielregionen erbracht, ist der Zuschlag nach GOÄ 404 mit Bezug auf GOÄ 424 berechnungsfähig, auch wenn daneben für die duplexsonographischen Untersuchungen der hirnversorgenden Gefäße die Gebührenordnungspositionen 410, 420 (3-mal) und die Nr. 645 GOÄ berechnet wurden.



Privatabrechnung 2026: Die drei größten Potenziale in hausärztlichen Praxen

Die Privatabrechnung bleibt auch dieses Jahr ein zentrales wirtschaftliches Standbein hausärztlicher Praxen. Trotz seit Jahren unveränderter GOÄ zeigen Auswertungen aus der Beratungspraxis, dass erhebliche Honorarpotenziale weiterhin ungenutzt bleiben – weniger aus Unkenntnis einzelner Ziffern, sondern aufgrund fehlender Struktur, zurückhaltender Faktoranwendung und unklarer Prozesse im Praxisalltag.

Im Folgenden beleuchten wir für Sie die drei größten Hebel, mit denen hausärztliche Praxen ihre Privatabrechnung 2026 rechtssicher, nachvollziehbar und wirtschaftlich optimieren können.

1. Sprechende Medizin konsequent abbilden

Der größte Teil des privatärztlichen Honorars in der Hausarztpraxis entsteht durch ärztliche Gesprächs-, Beratungs- und Steuerungsleistungen. Gerade hier wird jedoch häufig zu niedrig oder zu pauschal abgerechnet.

Typische Schwachstellen sind

- die routinemäßige Abrechnung der Nr. 1 GOÄ, obwohl Inhalt, Dauer oder Komplexität des Gesprächs eine Nr. 3, Nr. 33 oder Nr. 34 rechtfertigen würden,
- der Verzicht auf höherwertige Gesprächsleistungen bei chronisch kranken, multimorbidien oder psychosozial belasteten Patientinnen und Patienten sowie
- eine zu zurückhaltende Faktoranwendung trotz deutlich erhöhten Zeitaufwands oder besonderer Schwierigkeit.

Die GOÄ bildet die sprechende Medizin grundsätzlich gut ab – vorausgesetzt, die ärztliche Leistung wird sauber dokumentiert und differenziert bewertet. Die bewusste Entscheidung zwischen Nr. 1, 3, 33 oder auch Nr. 34 ist kein „Abrechnungstrick“, sondern Ausdruck einer korrekten Leistungszuordnung. Gleiches gilt für schriftliche ärztliche Leistungen wie Berichte, strukturierte Stellungnahmen oder Therapiepläne, die im hausärztlichen Alltag regelmäßig erbracht, aber nicht immer abgerechnet werden.

Praxisrelevanter Hebel: Eine interne Gesprächs- und Dokumentationssystematik, die klar definiert, wann welche Gesprächsleistung anzusetzen ist, steigert die Abrechnungssicherheit und reduziert Rückfragen von PKV und Beihilfe.

2. Vorsorge und Diagnostik als strukturierte Selbstzahlerleistungen

Ein zweites großes Potenzial liegt in der systematischen Strukturierung von Vorsorge- und Diagnostikleistungen als individuelle Gesundheitsleistungen (Selbstzahlerleistungen). In vielen Praxen werden solche Leistungen zwar medizinisch erbracht, jedoch nicht klar als Wahlleistung positioniert oder wirtschaftlich ausgeschöpft.

Typische Beispiele sind:

- Erweiterte Check-up-Untersuchungen über den GKV-Standard hinaus
- Zusätzliche sonographische Diagnostik, kardiovaskuläre Risikobewertungen oder Laborprofile
- Reisemedizinische Beratungen, Impfplanungen oder präventive Screenings

Für 2026 empfiehlt sich (als guter Vorsatz) ein klar definiertes IGeL-Portfolio mit festen Leistungsinhalten, transparenten Honoraren und eindeutiger Abgrenzung zur Kassenleistung. Grundlage sind sauber zusammengestellte GOÄ-Leistungsketten, ergänzt durch schriftliche Vereinbarungen, die den verwaltungsrechtlichen Vorgaben entsprechen (z. B. Abdingungserklärung und Behandlungsvertrag), vor Leistungserbringung.

Praxisrelevanter Hebel: Standardisierte IGeL-Pakete entlasten das Team, schaffen Transparenz für Patientinnen und Patienten und sorgen für eine gleichmäßige, rechtssichere Abrechnung – ohne Diskussionen im Nachgang.

3. Gebührenrahmen, Analogbewertung und Auslagen ausschöpfen

Das dritte große Honorarpotenzial liegt weniger in neuen Leistungen als in der konsequenten Nutzung der bestehenden Systematik der GOÄ.

Dazu gehören insbesondere:

- Eine sachgerechte Faktoranwendung bis zum 3,5-fachen Satz bei erhöhtem Zeitaufwand, gesteigerter Schwierigkeit oder besonderen Umständen

- Die korrekte Anwendung von Analogziffern nach § 6 Abs. 2 GOÄ bei Leistungen, die in der GOÄ nicht abgebildet sind
- Die vollständige Abrechnung von Auslagen nach § 10 GOÄ, etwa bei Infusionen oder Injektionen

Gerade beim Steigerungsfaktor zeigt sich in hausärztlichen Praxen häufig eine unbegründete Zurückhaltung. Dabei ist die Faktorsteigerung ausdrücklich vorgesehen, sofern sie patientenbezogen und nachvollziehbar begründet wird. Analogbewertungen wiederum setzen Fachkenntnis und klare Leistungsbeschreibungen voraus, bieten aber insbesondere bei modernen diagnostischen oder beratungsintensiven Leistungen ein relevantes Zusatzhonorar.

Praxisrelevanter Hebel: Ein regelmäßiger Abrechnungs-Check mit Fokus auf Faktoren, möglichen Analogziffern und Auslagen deckt systematische Unterbewertungen auf und lässt sich ohne strukturelle Änderungen im Praxisbetrieb umsetzen.

Fazit: Struktur schlägt Einzelwissen

Die größten Potenziale der Privatabrechnung 2026 liegen nicht in exotischen Einzelleistungen, sondern in der konsequenten Nutzung dessen, was die GOÄ bereits hergibt. Hausärztliche Praxen profitieren insbesondere von

- einer klaren Abbildung sprechender Medizin,
- einem strukturierten Selbstzahlerangebot und
- einer selbstbewussten, aber rechtssicheren Anwendung des Gebührenrahmens.

Wer diese drei Bereiche strategisch angeht, steigert nicht nur das Honorar, sondern auch Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Zufriedenheit auf allen Seiten – im Praxisteam ebenso wie bei Patientinnen und Patienten.



UV-GOÄ-Praxisfall: Der kleine Leo stürzt auf dem frostigen Fußweg

Der Fall: Mutter und Sohn erscheinen in der Sprechstunde der Hausarztpraxis. Die Mutter berichtet am Empfang, sie und ihr 5-jähriger Sohn (GKV-versichert) seien zu Fuß auf dem Weg zur Vorschule gewesen, als Leo auf dem frostigen Fußgängerweg stürzte. Er hat starkes Nasenbluten und einen rechtsseitig aufgeschlagenen Handballen, zudem schmerzt sein Handgelenk.

Eine MFA reicht sofort sterile Mullkompressen, womit die Mutter die Nase zudrücken und Leo auf die Handfläche drücken soll. Sie lotst die Familie in ein freies Sprechzimmer und nimmt eine ärztliche Unfallmeldung auf. Während eine Kollegin die eGK einliest, um ggf. auf Leos ePA zuzugreifen, wird die Ärztin benachrichtigt.

Vorsichtig tastet sie Nase, Wangenknochen, Stirn und Kopfbereich ab. Das einseitig nicht zu stillende Nasenbluten wird mit einer Nasentamponade behandelt. Dann betrachtet sie den Handballen, der blutig aufgeschürft und mit Streusand verunreinigt ist. Eine Naht hält sie für unnötig. Ergänzend tastet sie Finger, Handgelenk, Unter- und Oberarm sowie Schulterbereich ab und schließt eine Fraktur aus.

Bei der nachfolgenden (nicht eingehenden!) neurologischen Untersuchung finden sich keine Auffälligkeiten.

In den Praxisräumen wird ein Wundreinigungsbad ohne Zusätze durchgeführt und anschließend ein steriler Verband angelegt. Der unvollständige Impfstatus wird mit einer 3-fach-Auffrischimpfung (Tetanus-Diphtherie-Pertussis) geschlossen.

Aufgrund des schmerzenden Handgelenks wird ein Schmerzsaft verordnet und eine Kühlkomresse ausgegeben. Eine Überweisung zum D-Arzt ist nicht nötig.

So rechnen Sie diesen Fall ab:

UV-GOÄ	Leistung	Wert
125	Vordruck F 1050 Ärztliche Unfallmeldung	10,11 € zuzüglich Porto
6	Umfassende Untersuchung inklusive Beratung (bis zu 3-mal im Behandlungsfall)	19,56 €
1435	Stillung von Nasenbluten mittels Ätzung und/oder Tamponade und/oder Kauterisation, auch beiderseits	8,47 €
2016	Wundreinigungsbad mit und ohne Zusatz	4,29 €
2003	Erstversorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde	12,10 €
Besondere Kosten zu Nr. 200 (Verband)		1,28 €
375	Schutzimpfung i.m./s.c.	4,66 €
530	Kalt- oder Heißpackung	3,26 €

Beachten Sie:

- Bei verunfallten Kindern bis zum 6. Geburtstag wird in der UV-GOÄ der besondere Beratungs- und Untersuchungsbedarf anerkannt, weshalb Sie grundsätzlich anstelle der Nr. 1 einmal im Behandlungsfall die höher bewertete Nr. 6 abrechnen können.
- Die Tetanus-Diphtherie-Pertussis-Impfung könnte alternativ auch zulasten der GKV abgerechnet werden.
- Die neurologische Untersuchung (Gleichgewichts- und Koordinationsstörungsprüfung) nach Nr. 826 ist nicht neben der Nr. 6 ansetzbar. Die Kombination der Nrn. 1 und 826 ist aber geringer bewertet als die alleinige Nr. 6 UV-GOÄ. Eine eingehende neurologische Untersuchung (UV-GOÄ-Nr. 800) kann nur von Fachärztinnen und Fachärzten der Neurologie, Neurochirurgie und Neuropädiatrie berechnet werden.
- Der Verband nach Nr. 200 ist Bestandteil der Nrn. 2000 bis 2005. Die besonderen Kosten über 1,28 Euro können Sie aber dennoch ansetzen.
- Nicht anzuwenden ist der Begriff „klein“ bei Eingriffen am Kopf und an den Händen sowie bei Kindern bis zum 6. Geburtstag. Daher wird auch eine kleine Wunde am Handgelenk, welche beispielsweise nicht verunreinigt ist oder bei einer älteren Person behandelt wird, immer als große Wunde abgerechnet.
- Je ein BG-eRezept wird für den Schmerzsaft und das Impfmateriel (Nr. 8 „Impfstoff“ ankreuzen und Impfstoffbestand bei Rückerhalt des Impfstoffes wieder in der Praxis auffüllen) ausgestellt („Arbeitsunfall“ ankreuzen). Geben Sie als Kostenträger die BG „Gemeinde-Unfallversicherungsverband“, den Unfalltag und den Namen der Vorschule an. Die Rezepte sind

über die eGK einlösbar. Alternativ kann der Impfstoff auch als besondere Kosten in Rechnung gestellt werden, wenn die Praxis den Impfstoff selbst bezahlt bzw. vorgehalten hat.

- Die Nr. 16 für die Rezepte können Sie heute nicht ansetzen. Sie ist nur als alleinige Leistung abrechenbar.
- Bei Kindern und Jugendlichen (bis zum 18. Geburtstag) können Sie bei Verdacht auf eine Fraktur der Ober- bzw. Unterarme und angrenzender Gelenke eine sonographische Untersuchung durchführen und abrechnen (UV-GOÄ-Nrn. 410 und 411 bzw. 411a).

Hinweis: Auch Kinder und Jugendliche können eine ePA besitzen, da es keine Altersgrenze dafür gibt. Verwaltet wird sie von einer bzw. einem GKV-versicherten Sorgeberechtigten, wenn das Kind noch nicht 15 Jahre alt ist. Mit dem Einlesen der eGK erhalten Sie auch bei einem UV-Fall Zugriff darauf. Löschen Sie den eGK-Eintrag in Ihrem PVS, wenn am Quartalsende kein GKV-Fall hinzugekommen ist.



Leserfragen zu Videosprechstunden

Sie haben Fragen zur Abrechnung? Gerne antworten wir darauf! Senden Sie Ihre Frage an abrechnung@pkv-institut.de und Sie erhalten zeitnah eine Antwort unserer Expertinnen und Experten.

Frage 1: Wir bieten seit Neuestem Videosprechstunden an und nutzen dafür Zoom oder Teams im Wechsel. Jetzt haben wir erfahren, dass wir nur zertifizierte Videodienstanbieter nutzen dürfen. Ist das korrekt?

Antwort: Sie dürfen nur zertifizierte Videodienstanbieter nutzen – die Nutzung von Zoom und Teams ist also ausdrücklich verboten! Die KBV hat auf ihrer Website zertifizierte Videodienstanbieter gelistet; so können Sie recht schnell einen für Sie geeigneten Anbieter finden:

<https://www.kbv.de/documents/praxis/digitalisierung/videosprechstunde/videosprechstunde-zertifizierte-anbieter-liste.pdf>

Frage 2: Uns ist nicht klar, was ein „unbekannter Patient“ im Sinne der GOP 01444 („Zuschlag Authentifizierung“) ist. Könnten Sie uns das erläutern?

Antwort: Ein unbekannter Patient im Sinne der GOP 01444 ist eine Patientin oder ein Patient, die bzw. der im aktuellen Quartal oder im Vorquartal bzw. noch nie in der Praxis war.

Frage 3: Müssen wir die neue GOP 01452 („Zuschlag für die strukturierte Versorgung bei Durchführung einer Videosprechstunde“; 3,82 Euro) selbst abrechnen? Und wofür wurde sie in den EBM aufgenommen?

Antwort: Die GOP 01452 müssen Sie nicht selbst abrechnen, sie wird von der KV automatisch für bekannte (!) Patientinnen und Patienten hinzugefügt. Die GOP wird jedoch nur dann zugesetzt, wenn im Quartal kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Bekannte Patientinnen und

Patienten sind Versicherte, bei denen in mindestens einem der letzten drei Vorquartale ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt in der Praxis des behandelnden Vertragsarztes stattgefunden hat.

Frage 4: Wie ist das nun mit den Obergrenzen – wie viele Videosprechstunden im Quartal sind erlaubt? Gibt es da Unterschiede zwischen unseren bekannten und neuen Patienten?

Antwort: 50 Prozent der bekannten und unbekannten Patientinnen und Patienten können im Behandlungsfall per Video behandelt werden; diese Obergrenze (nach BSNR) gibt es nur für Patientinnen und Patienten, die ausschließlich im Behandlungsfall per Videosprechstunde behandelt werden (Patientinnen und Patienten mit zusätzlichem persönlichem APK sowie Notfälle und TSS-Fälle zählen nicht mit). Die Obergrenze gilt je Betriebsstätte.

Frage 5: Ich habe gehört, dass nicht alle DiGAs im Rahmen der Videosprechstunde verordnet werden dürfen, stimmt das?

Antwort: Das ist richtig! Aktuell können nur zwei DiGAs im Rahmen der Videosprechstunde verordnet werden – das sind „elona therapy Depression“ und „somnio“.

Frage 6: Wir haben uns überlegt, ob unser Chef nicht auch aus Österreich (er ist aktuell im Skiurlaub) Videosprechstunden für unsere Kassenpatienten durchführen kann. Technisch ist er gut aufgerüstet. Geht das?

Antwort: Nein, das ist nicht erlaubt. Die Versorgung der gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten per Video aus dem Ausland ist nicht gestattet.

Autorinnen und Autoren dieser Ausgabe:

Bianka Edler, Silke und Andrea Scharf, Jasmin Wenz