

- Neue Regelungen für Notfall- und Bereitschaftsdienst
- Postoperative Nachbehandlung nach ambulanten Operationen (§115 b SGB V)
- Anspruch auf Ersatzbescheinigung des Kostenträgers

Für Rückfragen: Serviceteam der KVSH Tel. 04551 883 883

13.03.2017

Neue Regelungen für Notfall- und Bereitschaftsdienst zum 1. April 2017

Für den Notfall- und Bereitschaftsdienst gibt es ab 1. April 2017 neue Regelungen im EBM. So wurde die Einführung von Schweregradzuschlägen für besonders aufwändige Behandlungsfälle beschlossen.

Weiterhin werden zwei zusätzliche Notfallpauschalen in den EBM aufgenommen, die als Abklärungspauschale für Patienten, die keiner Notfallbehandlung bedürfen, abgerechnet werden können.

Nachfolgend haben wir Ihnen eine Übersicht der neuen Gebührenordnungspositionen zusammengestellt:

Gebührenordnungsposition	Bezeichnung	Bewertung in Punkten/Euro
Abklärungspauschale		
GOP 01205	Notfallpauschale zwischen 7:00 und 19:00 Uhr – außer an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.	45 Punkte (4,74 Euro)
GOP 01207	Notfallpauschale zwischen 19:00 und 7:00 Uhr – ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.	80 Punkte (8,42 Euro)
Schweregradzuschläge		
GOP 01223	Zuschlag zur Notfallpauschale GOP 01210 bei Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Nr. 8 der Präambel zum Abschnitt 1.2	128 Punkte (13,48 Euro)
GOP 01224	Zuschlag zur Notfallpauschale GOP 01212 bei Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Nr. 8 der Präambel zum Abschnitt 1.2	195 Punkte (20,53 Euro)
GOP 01226	Zuschlag zur GOP 01212 bei Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Nr. 9 der Präambel zum Abschnitt 1.2	90 Punkte (9,48 Euro)

Wichtige Abrechnungshinweise zu GOP 01223 und 01224

Die GOP 01223 und 01224 dürfen nur bei Erfüllung mindestens einer der nachfolgenden gesicherten Behandlungsdiagnosen berechnet werden:

- Frakturen im Bereich der Extremitäten proximal des Metacarpus und Metatarsus
- Schädel-Hirn-Trauma mit Bewusstlosigkeit von weniger als 30 Minuten (S06.0 und S06.70)
- Akute tiefe Beinvenenthrombose
- Hypertensive Krise
- Angina pectoris (ausgenommen: ICD I20.9)
- Pneumonie
- Akute Divertikulitis

Ausnahmeregelung: Bei Patienten mit anderen Erkrankungen, die auch eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, können im Einzelfall, unter Angabe einer ausführlichen schriftlichen Begründung, die beiden Ziffern abrechnen werden.

Wichtige Abrechnungshinweise zu GOP 01226

Der Zuschlag ist nur in der Zeit von 19:00 und 7:00 Uhr – ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12. berechnungsfähig bei:

- Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern
oder
- Patienten mit erheblichen krankheitsbedingten kognitiven, emotionalen und verhaltensbezogenen Beeinträchtigungen (ausgenommen Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Art infolge psychotroper Substanzen)
und/oder
- Patienten ab dem vollendeten 70. Lebensjahr mit geriatrischem Versorgungsbedarf und Frailty-Syndrom (Kombination aus unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerten Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität)
und/oder
- Patienten mit einer dementiellen Erkrankung (F00-F02), einer Alzheimer-Erkrankung (G30), einem primären Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerster Beeinträchtigung (G20.1 und G20.2).

Hinweis:

Im Zusammenhang mit der Einführung der Schweregradzuschläge erfolgt auf Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses (ergBA) eine Anpassung der GOP 01210 von bisher 127 auf 120 Punkte.

Im Zusammenhang mit der Einführung der neuen Notfallpauschalen und der Schweregradzuschläge hat sich auch die Präambel zum Abschnitt 1.2 EBM geändert. Unter anderem wurden die Bestimmungen sieben bis neun zum Abschnitt 1.2 EBM neu aufgenommen. Dort sind die genauen Abrechnungsbestimmungen für die neu aufgenommenen Leistungen dargestellt.

Nähere Informationen zu diesem Thema finden Sie im Beschluss des ergBA vom 7. Dezember 2016 auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de → Service → Rechtsquellen → Beschlüsse des ergBA.

Postoperative Nachbehandlung nach ambulanten Operationen gemäß § 115b SGB V

Immer wieder stellt sich die Frage, ob Vertragsärzte GKV-Versicherte postoperativ behandeln sollen bzw. dürfen, wenn diese nach einer ambulanten Operation nach Paragraph 115b SGB V vom Krankenhaus an den Vertragsarzt überwiesen werden.

Unsere bisherige Auffassung, dass die postoperative Nachsorge für im Krankenhaus durchgeführte ambulante Operationen ebenfalls durch Ärzte des Krankenhauses zu erbringen und vom Krankenhaus direkt der jeweiligen Krankenkasse in Rechnung zu stellen ist, müssen wir unter Berücksichtigung einer aktuellen Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wie folgt korrigieren:

Postoperative Leistungen können auf Überweisung des Operateurs bzw. des Krankenhausarztes¹ durch einen nicht an der Operation beteiligten Vertragsarzt erbracht werden. Der Vertragsarzt kann die Leistung über seine KV abrechnen.

Wichtig:

Für die Überweisung ist vom Krankenhaus das bekannte Muster 6 zu verwenden. Auf diesem ist Folgendes vom Krankenhaus mitzuteilen und für die Abrechnung über die KV erforderlich:

- Als Überweiser ist der Name des Krankenhauses im Feld 4219 („Überweisung durch andere Ärzte“) anzugeben; die Angaben der BSNR und LANR bleiben unberücksichtigt.
- Im Auftragsfeld sind anzugeben:
 - die Kennziffer 88115
 - die beauftragte Leistung
 - das OP-Datum
 - der OPS (Operationsschlüssel)

Ein Entlassbrief ist als Auftrag nicht ausreichend.

Die Möglichkeit der Überweisung an einen niedergelassenen Arzt beschränkt sich im AOP-Vertrag nach Paragraph 115b SGB V nicht auf postoperative Leistungen – auch prä- und intraoperative Leistungen können vom Krankenhaus mittels Überweisung nach Muster 6 Vordruckvereinbarung veranlasst werden.

Hinweis:

Erbringt ein Vertragsarzt prä-, intra- und/oder postoperative Leistungen über einen Honorarvertrag für das Krankenhaus, sind die Leistungen über das Krankenhaus (und nicht über die Kassenärztliche Vereinigung) abzurechnen.

¹ d. h. der an einem Krankenhaus angestellte Arzt bzw. ein auf Honorarbasis für das Krankenhaus tätige Arzt

Wann besteht Anspruch auf eine Ersatzbescheinigung des Kostenträgers?

In den letzten Quartalen ist die Nachfrage nach Ersatzbescheinigungen bei den Krankenkassen stark angestiegen. Dabei gilt grundsätzlich, dass Versicherte, die über eine elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen, diese in der Praxis vorlegen müssen.

Krankenkassen können im Einzelfall anstelle der eGK papiergebundene Anspruchsnachweise zur Inanspruchnahme von Leistungen ausgeben.

Bei diesen Einzelfällen handelt es sich um Versicherte, die grundsätzlich bereits mit einer eGK ausgestattet sind, diese aber zum Zeitpunkt des Aufsuchens einer Praxis defekt, verlorengegangen oder abgelaufen ist und eine neue bereits beauftragt wurde.

Der Versicherte ist angehalten, seinen Anspruchsausweis (eGK) innerhalb von zehn Tagen gegebenenfalls bis zum Ende des Quartals in der Praxis vorzulegen, damit der Arzt die erbrachten Leistungen abrechnen kann.

Ein Anspruch des Versicherten auf dauerhafte bzw. wiederholte Ausstellung eines derartigen Nachweises als Ersatz für die eGK besteht nicht.