

- Abrechnung von Mehrkosten für Sonderlinsen
- Hochfrequenzablation des Endometriums
- SARS-CoV-2-Test: Absenkung der Bewertung
- Digitale Gesundheitsanwendungen
- Abrechnung von Blutabnahmen bei Stammzellenspendern
- Telefon-AU bei Atemwegserkrankungen endet
- Einladung zum 14. Gemeinsamen Infotag von ÄKSH, apoBank und KVSH
- Außerklinische Intensivpflege: Fortbildung für Hausärzte ist online

Für Rückfragen: Info-Team der KVSH Tel. 04551 883 883

30.03.2023

Abrechnung von Mehrkosten für Sonderlinsen

Ab dem 1. April 2023 sind GOP für bestimmte intraoculare Eingriffe auch dann berechnungsfähig, wenn Versicherte entsprechend ihrer gesetzlichen Wahlmöglichkeit statt einer Standardlinse eine Sonderlinse wählen und die damit zusammenhängenden Mehrkosten selbst tragen.

Der EBM wurde dahingehend um eine neue Nummer 18 in der Präambel 2.1 zum Anhang 2 EBM angepasst. Bei bestimmten intraocularen Eingriffen mit der Kategorie „A“, für die keine medizinische Indikation einer Sonderform der Intraocularlinse vorliegt, sind folglich die GOP der Abschnitte 31.2 oder 36.2 auch dann berechnungsfähig, wenn die Implantation über das Maß des Notwendigen hinausgeht. Diese Eingriffe sind in der Abrechnung **mit einem „I“ zu kennzeichnen**. Die Mehrkosten sind durch den Versicherten selbst zu tragen. Zu den Mehrkosten gehören der Differenzbetrag zwischen monofokaler Standard- und Sonderlinse sowie die Kosten des Mehraufwandes für sämtliche ärztliche Leistungen, die durch die Sonderlinse bedingt sind und nicht zum Umfang der Regelversorgung gehören.

Ablauf der Abrechnung in der Praxis

Nach den der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vorliegenden Informationen erhalten die Patienten vor der Operation einen Kosten-voranschlag nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) über sämtliche ärztliche Leistungen und nach Durchführung der Leistungen eine entsprechende Rechnung, in der alle Privatleistungen (präoperativ, operativ und postoperativ) einzeln aufgeführt werden. Von dem Gesamtbetrag der GOÄ-Leistungen werden die Beträge der GKV-Leistungen abgezogen (z. B. die Beträge der GOP 31351; 31719; 06333). Der Rechnungsbetrag, den der Patient selbst tragen muss, weist damit lediglich die Mehrkosten aus, die den GKV-Anteil übersteigen. Gleichzeitig werden über die EBM-Abrechnung die GOP abgerechnet, deren Euro-Beträge von der Patientenrechnung abgezogen wurden.