

Wirtschaftsbrief

Dermatologie von Almirall Hermal

Aktuell das Wichtigste zu Abrechnung, Steuern, Recht und Betriebswirtschaft

Nr. 7 • 16. Jahrgang, November 2020

Kassenabrechnung

Seit 01.10.2020: Neue EBM-Nrn. für Telekonsilien

Dermatologen können unter bestimmten Voraussetzungen seit dem 01.10.2020 telemedizinische Konsilien mit anderen Ärzten abrechnen. Dies hat der Ergänzende Bewertungsausschuss beschlossen. Voraussetzung für die Abrechnung der neuen EBM-Nrn. 01670, 01671 und 01672 ist der Einsatz sicherer elektronischer Informations- und Kommunikationstechnologien, beispielsweise eines von der KBV zertifizierten Videodiensteanbieters oder eines Dienstes für Kommunikation in der Medizin (KIM-Dienst). Übergangsweise kann hierfür auch KV-Connect genutzt werden. Details in der Telekonsilien-Vereinbarung unter ogy.de/vb34.

Nr. 01670 – Die Einholung eines Telekonsiliums

Ein Telekonsilium für eine patientenbezogene medizinische Fragestellung können Dermatologen zum einen von Ärzten anderer Fachgebiete einholen, zum anderen – bei besonders komplexen medizinischen Fragestellungen – auch von Kollegen des gleichen Fachgebiets. Es können nicht nur zugelassene und angestellte Vertragsärzte bzw. ermächtigte Ärzte beauftragt werden, sondern auch nicht ermächtigte Krankenhausärzte.

Die Nr. **01670** ist mit 110 Punkten (12,09 Euro) bewertet und kann zweimal im Behandlungsfall abgerechnet werden. Sofern die telekonsiliarische Abstimmung im Rahmen eines Videokonsiliums erfolgt, kann zusätzlich die Nr. 01450 (Zuschlag Videosprechstunde) zum Ansatz kommen.

Nrn. 01671 und 01672 – Die telekonsiliarische Beurteilung

Für die mindestens 10-minütige Beurteilung der medizinischen Fragestellung, die Erstellung eines schriftlichen

Berichts sowie die elektronische Übermittlung an den Arzt, der das Telekonsilium in Auftrag gegeben hat, rechnen Konsiliarärzte die Nr. **01671** ab (128 Punkte bzw. 14,06 Euro – einmal im Behandlungsfall). Bei zeitaufwändigeren Konsilien ist ein Zuschlag nach Nr. **01672** (65 Punkte bzw. 7,14 Euro höchstens dreimal im Behandlungsfall) berechnungsfähig.

Weitere Details zu den neuen Ziffern unter kbv.de/html/1150_48488.php.

Kassenabrechnung

Videosprechstunde auch in Quartal IV/2020 ohne Limitierung möglich

Aufgrund der Coronapandemie sind Videosprechstunden weiterhin ohne Limitierung möglich. Die Regelung, wonach pro Quartal höchstens 20 Prozent der Behandlungsfälle als Videosprechstunde abgerechnet werden können, wird bis zum 31.12.2020 ausgesetzt. Auch die Obergrenze von 20 Prozent für Leistungen, die maximal im Rahmen einer Videosprechstunde erbracht werden dürfen, findet im Schlussquartal 2020 keine Anwendung!

Coronapandemie

GOÄ-Hygienepauschale bis 31.12.2020 verlängert

Die BÄK, der PKV-Verband und die Beihilfekostenträger haben den Geltungszeitraum der sog. „GOÄ-Abrechnungsempfehlungen für die Erfüllung aufwendiger Hygienemaßnahmen im Rahmen der COVID-19-Pandemie“ (online unter www.de/s4129) erneut verlängert. In der Zeit vom 01.10.2020 bis 31.12.2020 erfolgt die Berechnung der **Nr. 245 GOÄ analog** jedoch nur noch zum **1,0-fachen Satz** in Höhe von **6,41 Euro**. Die Nr. 245 analog kann bei **jedem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt** angesetzt werden, also auch ggf. mehrmals wöchentlich! Weiterhin gilt, dass bei der Berechnung der Nr. 245 GOÄ analog ein erhöhter Hygieneaufwand nicht zeitgleich durch Überschreiten des 2,3-fachen Gebührensatzes für die in der Sitzung erbrachten ärztlichen Leistungen berechnet werden kann. Ein erhöhter Steigerungssatz von Leistungen **aus anderen Gründen** ist allerdings neben der Nr. 245 GOÄ analog möglich!

Inhalt

Abrechnung

- GOÄ-Hygienepauschale bis zum 31.12.2020 verlängert
- Vakuumversiegelung von Wunden in den EBM aufgenommen
- Obligater Leistungsinhalt nicht erfüllt, Honorar weg
- Impfung durch Dermatologen

Impfen

Impfung durch Dermatologen

von Dr. med. Heiner Pasch, Kürten

Seit dem 18.6.2020 ist die Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) dahingehend geändert worden, dass „Fachärzte Schutzimpfungen unabhängig von den Grenzen der Ausübung ihrer fachärztlichen Tätigkeit durchführen dürfen“ (§ 10 SI-RL). Zu den zulasten der GKV durchzuführenden Impfungen gehören nach Vorgabe des TSVG seit Mitte 2020 auch beruflich indizierte Impfungen, z. B. die Hepatitis-Impfung im Medizinsektor oder Reiseimpfungen bei beruflich erforderlichen Fernreisen.

Honorierung von Impfungen

Zum Leistungsinhalt der abrechenbaren Impfungen gehört neben der Impfung selbst auch die Impfanamnese, eine Aufklärung über die Impfung und mögliche Folgen sowie die Eintragung in den Impfausweis. Dies gilt sowohl für den GKV-Bereich als auch für die GOÄ.

Für die **Honorierung** der Impfungen gibt es verschiedene Vorgaben:

- GKV: Honorare nach den regional abgeschlossenen Impfvereinbarungen der KVen mit den Krankenkassen für alle Impfungen gemäß der SI-RL.
- GLV: Einzelverträge von Krankenkassen mit einer KV über privat begründete Reiseimpfungen
- GOÄ: Gilt für alle Privatpatienten und Impfungen im Rahmen von IGe-Leistungen

Honorierung von Schutzimpfungen in der GKV

Die Honorare für die erstattungsfähigen Impfungen werden jeweils in regionalen Impfvereinbarungen festgelegt und unterscheiden sich von KV zu KV. Die Impfhonorare differieren bei Einfach- und Mehrfachimpfungen und werden regelmäßig neu verhandelt.

Bei den Mehrfachimpfungen beispielsweise, insbesondere den Drei- und Vierfachimpfungen, schwanken die Honorare aktuell zwischen 8,20 Euro (Baden-Württemberg) und 13,18 Euro (Hamburg).

Die Abrechnungsnummern der Impfungen entsprechen den Dokumentationsnummern in der SI-RL. Eine Zusammenstellung dieser Nummern und die jeweiligen Honorare finden Sie in der Impfvereinbarung Ihrer KV bzw. den entsprechenden Anlagen. Als einzige KV hat die KV Nordrhein zudem ein Honorar für eine Impfberatung ohne nachfolgende Impfung im laufenden Quartal vereinbart, abzurechnen mit der Nr. 89090 (4,00 Euro).

Honorierung von Schutzimpfungen in der GOÄ

In der GOÄ werden alle Impfungen mit den Nrn. 375 bis 377 abgerechnet. Dabei sind neben der Nr. 375 die Nr. 1 und bei einer für den Infektausschluss erforderlichen Untersuchung z. B. die Nrn. 5 oder 7 abrechenbar. Die Abrechnung der Nr. 1 ist nicht erlaubt, wenn neben der Nr. 375 zusätzlich Nr. 376 oder 377 abgerechnet wird. Eine Sonderstellung nimmt die Nr. 378 ein, die Simultanimpfung im Verletzungsfalle gegen Tetanus. Auch bei der Nr. 378 ist die Nr. 1 daneben abgeschlossen.

Reiseimpfungen

Da Reiseimpfungen vor privaten Fernreisen nicht Bestandteil der Impfvereinbarungen sind, haben einzelne Krankenkassen Verträge mit einigen KVen abgeschlossen und übernehmen diese als sogenannte Satzungsimpfungen. Diese Verträge sind KV-spezifisch, gelten nur für die vertraglich gebundene Krankenkasse und sind häufigen Wechseln unterworfen. Für den Vertragsarzt wichtig ist dabei, dass diese Fernreiseimpfungen ebenfalls über die KV abgerechnet werden müssen. Für alle anderen Reiseimpfungen vor privaten Fernreisen, für die ein solcher Vertrag nicht existiert, ist eine Durchführung als IGeL und eine GOÄ-Abrechnung erforderlich.

Impfstoffe beziehen und lagern

Für den **GKV-Bereich** erfolgt der Bezug der Impfstoffe in der Regel im Rahmen des Sprechstundenbedarfs. Auch hier sei auf die gültige Impfvereinbarung Ihrer KV hingewiesen.

Für **Privatpatienten** ist es am einfachsten, die Impfstoffe dem Patienten privat zu rezeptieren, der diese dann zur Impfung mitbringt (cave: Kühlkette!). Eine andere Möglichkeit ist das Vorhalten gängiger Impfstoffe in der Praxis (getrennt von den Impfstoffen für den GKV-Bereich und stets gekühlt) und dem Patienten die Kosten mit in Rechnung zu stellen. Dies lohnt sich jedoch nur bei häufigen Impfungen.

GOÄ-Abrechnung von Impfungen

GOÄ	Leistung	Punkte	1,0-fach*	2,3-fach*	3,5-fach*
375	Schutzimpfung	80	4,66	10,72	16,32
376	Schutzimpfung oral	80	4,66	10,72	16,32
377	Zusatzinjektion bei Parallelimpfung	50	2,91	6,70	10,20
378	Simultanimpfung (gegen Tetanus)	120	6,99	16,09	24,48

* in Euro

Kassenabrechnung

Obligater Leistungsinhalt nicht erfüllt, Honorar weg

von RA, FA MedR Philip Christmann,
Berlin/Heidelberg, christmann-law.de

Zum obligaten Leistungsinhalt der EBM-Nr. 10324 (Behandlung von Naevi flammei und/oder Hämangiomen) gehört eine metrische und fotografische Dokumentation vor und nach Abschluss der Therapie. Das gilt auch, wenn eine abschließende Dokumentation scheitert, weil der Patient die Behandlung nicht beendet oder abbricht (Sozialgericht [SG] München, Urteil v. 27.11.2019, Az. S 38 KA 1352/12).

Im vorliegenden Fall ging es um die Abrechnung von Laser-Hautbehandlungen von Feuermalen durch einen niedergelassenen Hautarzt. Die Bezahlung wurde ihm nach Plausibilitätsprüfung mit dem Argument verweigert, dass die geforderte Dokumentation fehle. Der Arzt berief sich in seinem Widerspruch u. a. darauf, dass 16 Patienten die Behandlung nicht beendet hätten, sodass er keine abschließende Dokumentation habe erstellen können. Ohne Erfolg: Das SG wies die Klage gegen den Rückforderungsbescheid zurück. Der Dermatologe habe den Leistungsinhalt der Nr. 10324 nicht erfüllt, weshalb eine Abrechnung der GOP nicht möglich sei. Bei den Behandlungsabbrüchen handele es sich um das allgemeine Risiko des Vertragsarztes, dass im Fall eines Abbruchs der Therapie keine Leistung abgerechnet werden kann.

Praxistipp

Betroffenen Ärzten ist zu raten, den Patienten vor Beginn der Behandlung um Unterzeichnung einer privaten Kostenübernahmeerklärung (betreffend die jeweiligen Ziffern) für den Fall des Behandlungsabbruchs zu bitten. So kann der Arzt die verlorenen Honorare vom Patienten verlangen.

Kassenabrechnung

Vakuumversiegelungstherapie von Wunden in den EBM aufgenommen

Seit dem 01.10.2020 können **Dermatologen** unter bestimmten Voraussetzungen die Vakuumversiegelung von Wunden durchführen und abrechnen. In Umsetzung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) hat der Bewertungsausschuss **drei Leistungspositionen** und **vier Sachkostenpauschalen** für die Vakuumversiegelungstherapie von Wunden in den EBM aufgenommen.

Die Leistungspositionen

Der G-BA-Beschluss differenziert zwischen intendiertem primären und intendiertem sekundären Wundverschluss. Entsprechend hat der Bewertungsausschuss zwei – nur für operativ tätige Fachärzte berechnungsfähige – EBM-Nrn. für den primären Wundverschluss (Nrn. 31401 und 36401) sowie eine – für nahezu alle Fachgruppen berechnungsfähige – EBM-Nr. für den sekundären Wundverschluss (Nr. 02314) in den EBM aufgenommen. Entsprechend dem Beschluss des G-BA können diese EBM-Nrn. nur bei Patienten berechnet werden, bei denen aufgrund wund- oder patientenspezifischer Risikofaktoren unter einer Standardwundbehandlung **keine** ausreichende Heilung zu erwarten ist.

EBM-Nr.	Legende der Leistungspositionen (Kurzfassung)	Bewertung
02314	Zusatzpauschale für die Vakuumversiegelungstherapie zum intendierten sekundären Wundverschluss ...	135 Punkte (14,83 Euro)
31401	Zuschlag zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2 für die Anlage eines Systems zur Vakuumversiegelung zum intendierten primären Wundverschluss ...	68 Punkte (7,47 Euro)
36401	Zuschlag zu einem Eingriff des Abschnitts 36.2 für die Anlage eines Systems zur Vakuumversiegelung zum intendierten primären Wundverschluss ...	64 Punkte (7,03 Euro)

Die Sachkostenpauschalen

Für die im Zusammenhang mit der Vakuumversiegelungstherapie Wundverschluss entstehenden Sachkosten hat der Bewertungsausschuss entsprechende Kostenpauschalen in den EBM aufgenommen (Details zu den Abrechnungsbestimmungen bei der KBV online unter www.de/s4162).

EBM-Nr.	Legende der Sachkostenpauschalen (Kurzfassung)	Bewertung
40900	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der EBM-Nr. 31401 ...	430,67 Euro
40901	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der EBM-Nr. 02314 <ul style="list-style-type: none">• bei einer Wundfläche bis einschließlich 20 cm² ...	65,49 Euro
40902	<ul style="list-style-type: none">• bei einer Wundfläche > 20 cm² ...	71,39 Euro
40903	Kostenpauschale für die Vakuumpumpe im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der EBM-Nr. 02314 ...	47,54 Euro

Kassenabrechnung

Höchstwerte für Versandkosten verschoben

Parallel mit den Änderungen der Abrechnungs- und Vergütungsregelungen für Porto, Telefax und Kopien sollten eigentlich ab dem 01.07.2020 auch Höchstwerte für die neuen Kostenpauschalen Nrn. 40110 und 40111 eingeführt werden (s. Ausgabe 3/2020).

Da die zum Zeitpunkt der Beschlussfassung getroffenen Annahmen zur Ausstattung der Arztpraxen mit den Voraussetzungen zur Anwendung der elektronischen Kommunikation nicht erfüllt wurden, hat der Bewertungsausschuss die Einführung von Höchstwerten jeweils um fünf Quartale verschoben. Der Höchstwert für die Kostenpauschalen 40110 und 40111 von 53,46 Euro je Arzt und Quartal gilt somit erst ab dem 01.10.2021. Auch die Absenkungen der Höchstwerte in den beiden Folgejahren verschiebt sich um fünf Quartale (ab Quartal 4/2022 auf 36,45 Euro und ab Quartal 4/2023 auf 8,91 Euro je Arzt und Quartal).

Impressum



Herausgeber und Verlag

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH,
Niederlassung: Aspastraße 24, 99394 Nordkirchen
Telefon: 02596 922-0, Telefax: 02596 922-99
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg
E-Mail: derma@iww.de

Redaktion

Dr. phil. Stephan Voß (Chefredakteur);
Dipl.-Vw. Bernd Kleinmanns (Redakteur, verantwortlich)

Lieferung

Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung von Almirall Hermal

Hinweis

Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugswise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen. Dieser Informationsdienst gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Almirall Hermal GmbH wieder.