




Dr. Gerd W. Zimmermann ist seit 1979 als niedergelassener Allgemeinarzt in Hofheim/Taunus tätig und ebenso lange Mitglied im Deutschen Hausärzteverband. Er ist unser Gebührenordnungsexperte und schreibt regelmäßig für Sie.

## Psychotherapie wird besser bezahlt, das hausärztliche Gespräch nicht!

Seit 1. April 2017 müssen Psychotherapeuten - auch Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie - mindestens 100 Minuten pro Woche für Sprechstunden und die Möglichkeit einer Akutbehandlung anbieten. Therapeuten müssen ihrer KV melden, ob sie eine psychotherapeutische Sprechstunde mit oder ohne Terminvereinbarung anbieten und mitteilen, zu welchen Zeiten die Praxis für Patienten telefonisch erreichbar ist, um Termine zu vereinbaren. Die Terminservicestellen der KVen müssen solche Termine für

Sprechstunden und eine sich aus der Abklärung ergebende zeitnah erforderliche Behandlung vermitteln. Eine Überweisung an den Psychotherapeuten ist nach der zugrunde liegenden gesetzlichen Regelung nicht mehr erforderlich. Informationen, was der Psychotherapeut mit dem Patienten macht, erhält der Hausarzt somit nicht (mehr).

 Die neuen Leistungen Sprechstunde und Akuttherapie werden mit 44,33 Euro für 25 Minuten vergütet. Damit wird die „Lücke“ zu den hausärztlichen Gesprächsleistungen weiter vertieft. Beratungen nach Nr. 03230 EBM werden bekanntlich mit 9,48 Euro pro zehn Minuten bewertet. Das sind fiktiv 23,70 Euro pro 25 Minuten. Für die Psychosomatikleistungen nach den Nrn. 35100/35110 EBM gibt es 16,01 Euro für 15 Minuten. Das sind fiktiv 26,68 Euro für 25 Minuten. Beide Leistungsbereiche sind darüber hinaus budgetiert, während die psychotherapeutischen Behandlungen extrabudgetär bezahlt werden.

**DAS SIND DIE NEUEN HONORARE FÜR PSYCHOTHERAPEUTEN IM VERGLEICH ZU ÄRZTLICHEN GESPRÄCHSLEISTUNGEN. HIER SCHEINT ETWAS MIT DER BEWERTUNGSKALKULATION NICHT ZU STIMMEN.**

EBM	Legende	Euro pro 25 Minuten
03230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist	23,70 (fiktiv)
35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	26,68 (fiktiv)
35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	26,68 (fiktiv)
35151	Psychotherapeutische Sprechstunde, je vollendete 25 Minuten	44,33
35152	Psychotherapeutische Akutbehandlung, je vollendete 25 Minuten	44,33


## Spezielle Geriatrieleistungen können BAG und MVZ bald ohne Überweisung berechnen

Die Gebührenordnungsposition 30984 EBM (Weiterführendes geriatrisches Assessment, 92,87 Euro) konnte man bisher nur berechnen, wenn die Leistung etwa auf Überweisung eines Hausarztes erfolgte und eine Vorabklärung gemäß Nr. 30980 EBM (Abklärung

vor der Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments nach der Nr. 30984 EBM, 20,43 Euro) stattgefunden hatte. Von 1. Oktober 2017 an können Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und Medizinische Versorgungszentren (MVZ), in denen


# an n rechnet ab

ein geriatrisch spezialisierter Arzt zusammen mit einem Hausarzt tätig ist, die Nr. 30984 EBM auch ohne Überweisung abrechnen.

 Unverändert bleibt, dass die Notwendigkeit eines solchen erweiterten Assessments durch ein hausärztlich geriatrisches Basisassessment nach Nr. 03360 EBM bestätigt wird. In diesen Fällen wird in der BAG und im MVZ jedoch ein Abschlag in Höhe von 50 Prozent auf die hier auch mögliche Berechnung der Nr. 30980 EBM vorgenommen.

## Wann darf der Hausarzt sich **vertreten** lassen?

Die einschlägigen Bestimmungen in der Ärztezulassungsverordnung (Ärzte-ZV) sehen vor, dass sich ein Vertragsarzt wegen Urlaub, Krankheit, Fortbildung oder der Teilnahme an einer Wehrübung vertreten lassen darf. Zulässig ist innerhalb eines Zeitraumes von zwölf Monaten eine Vertretung von drei Monaten. Eine Sonderregelung kommt bei Vertragsärztinnen hinzu: Sie dürfen sich im zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung für sechs Monate vertreten lassen. Beachtenswert ist ferner, dass in den meisten Honorarverteilungsmaßstäben (HVM) der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) vorgeschrieben ist, dass mit der Honorarabrechnung auf der Sammel- oder Garantieerklärung angegeben werden muss, wann der Arzt sich durch wen hat vertreten lassen. An die KV muss man aber erst eine Vertretung melden, die länger als eine Woche dauert.


 Im Vertretungsfall wird die Abrechnung mit der lebenslangen Arztnummer (LANR) des vertretenen Arztes gekennzeichnet. Daher ist zu beachten, dass Leistungen, die eine besondere persönliche Qualifikation nach den Richtlinien zu Paragraph 135 SGB V voraussetzen (wie Ultraschall, Psychosomatik), der Vertreter nur erbringen darf, wenn er ebenfalls über die entsprechende Qualifikation verfügt. Verstöße gegen diese Auflagen sind keine „Kavaliersdelikte“, sondern können zu beachtlichen Honorarrückforderungen und ggf. sogar strafrechtlicher Verfolgung führen.

## Kompressionstherapie ist nicht Teil der Versichertenpauschale

Verbände unterschiedlicher Art kann man in der Regel nicht gesondert berechnen, da sie Bestandteil der hausärztlichen Versichertenpauschale sind. Eine Ausnahme stellt die Nr. 02313 EBM (57 Punkte) dar, hinter der sich auch der Kompressionsverband verbirgt. Voraussetzung für die Abrechnung der Leistung ist aber die Dokumentation des Beinumfangs an mindestens drei Messpunkten und das Vorliegen einer der Diagnosen chronisch venöse Insuffizienz, postthrombotisches Syndrom, tiefe Beinvenenthrombose, oberflächliche Beinvenenthrombose und/oder Lymphödem.


Aber nicht nur das Anlegen eines Kompressionsverbandes ist nach Nr. 02313 EBM berechnungsfähig. Der Leistungsinhalt ist auch erfüllt, wenn zum Beispiel ein patientenindividueller Kompressionsstrumpf angelegt wurde und die geforderte Dokumentation des Beinumfangs zu den angegebenen Zeitpunkten erfolgte. Die früher geforderte Fotodokumentation ist nicht mehr nötig. Das Anlegen handelsüblicher Thromboseprophylaxe-Strümpfe, die nicht auf den individuellen Patienten zugeschnitten sind, kann man nicht nach Nr. 02313 EBM berechnen. Eine Abrechnung ist je Sitzung zweifach möglich, wenn etwa beide Beine behandelt wurden.



 Die Nr. 02313 EBM unterliegt im Quartal einer Höchstpunktzahl von 4.244 Punkten. Der Höchstwert ist dabei auf den Arztfall anzuwenden, das heißt in einer Zweiergemeinschaftspraxis verdoppelt sich diese Punktzahl. Die Nr. 02313 EBM ist im hausärztlichen Bereich nicht neben den Nrn. 02310, 02311, 02350 und 30501 EBM berechnungsfähig. Die apparative Kompressionstherapie kann nach Nr. 30401 EBM berechnet werden.

## Hyposensibilisierung – teils eine Leistung für Hausärzte

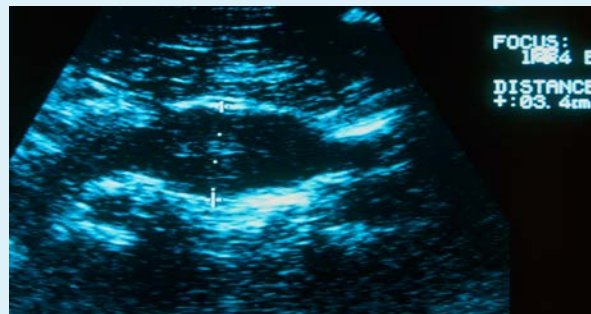
Die Leistung nach Nr. 30130 EBM (Hyposensibilisierungsbehandlung, 94 Punkte) darf man nur einmal am Behandlungstag berechnen. Seit 2012 gibt es einen Zuschlag für jede weitere Hyposensibilisierungsbehandlung. Diesen Zuschlag nach Nr. 30131 EBM (71 Punkte) kann man für jede weitere Hyposensibilisierungsbehandlung durch Injektion(en) zu unterschiedlichen Zeiten am selben Behandlungstag bis zu viermal neben der Nr. 30130 EBM ansetzen. Aber **Achtung:** Bei der Mehrfachberechnung der Nr. 30131 EBM oder der Nebeneinanderberechnung der Nrn. 30130 und 30131 muss man jeweils Uhrzeiten angeben.

 Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.1 Allergologie können nur Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzte sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin berechnen. Hausärzte müssen als Abrechnungsvoraussetzung die Zusatzbezeichnung Allergologie tragen.

Diese Einschränkung gilt allerdings nicht für die Gebührenordnungspositionen nach den Nrn. 30130 und 30131 EBM, die alle Vertragsärzte – soweit dies berufsrechtlich zulässig ist – berechnen dürfen. Beachtenswert ist dabei, dass nach Ausführung der Leistung eine Nachbeobachtung von mindestens 30 Minuten Dauer gefordert ist und für den Fall einer anaphylaktischen Reaktion die Voraussetzungen für die notwendigen, sachlichen und personellen Bedingungen für eine gegebenenfalls erforderliche Schockbehandlung und Intubation vorhanden sein müssen.




*Mit Hauttests werden entweder Soforttyp-Allergien oder Kontaktallergien abgeklärt.*



## Ultraschallscreening von Bauchaortenaneurysmen kommt

Das vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossene Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen für Männer ab 65 Jahren und die begleitende Versicherteninformation sind am 10. Juni in Kraft getreten. Der Bewertungsausschuss berät bereits über die Vergütung. Die Leistung wird für Vertragsärzte erst Pflicht, wenn die entsprechenden Gebührenordnungspositionen im EBM geschaffen wurden. Dazu hat der Bewertungsausschuss bis zu sechs Monate Zeit.

 Der G-BA hatte bereits am 20. Oktober 2016 die Einführung eines einmaligen Screenings auf Bauchaortenaneurysmen für Männer ab 65 Jahren beschlossen. Das Inkrafttreten sollte jedoch erst nach dem Beschluss des G-BA zur begleitenden Versicherteninformation erfolgen. Dieser Beschluss wurde am 16. März 2017 gefasst und vom Bundesgesundheitsministerium nicht beanstandet. Nach seiner Veröffentlichung im Bundesanzeiger ist nun das Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen inklusive der begleitenden Versicherteninformation zum 10. Juni 2017 in Kraft getreten. Das Screening erfolgt mittels abdomineller Ultraschalluntersuchung orthograd am größten Durchmesser der Bauchaorta infrarenal nach der LELE-Methode. Das Screeningergebnis gilt als auffällig, wenn ein Bauchaortendurchmesser von 2,5 cm oder größer gemessen wurde. Da es sich um eine Präventionsleistung handelt, ist die Vergütung extrabudgetär. Die Verlaufskontrollen und weitere Diagnostik nach Feststellung eines auffälligen Befundes werden hingegen im Rahmen der Krankenbehandlung nach Paragraph 27 SGB V bezahlt.