




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.

## Neue Diagnosen beim langfristigen Heilmittelbedarf

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf um die Ernährungstherapie bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose erweitert (siehe Tabelle). Damit gelten voraussichtlich ab dem 1. Januar 2018 auch Heilmittelverordnungen bei Indikationen für Ernährungstherapie als langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne der Heilmittel-Richtlinie.

Darüber hinaus hat der G-BA die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf sowie die Heilmittel-Richtlinie und den Heilmittelkatalog korrigiert. Unter den ICD-10-Kodes für systemische Sklerosen/Sklerodermie (M34.0/M34.2) wurde die Diagnose-

gruppe SB1 „Wirbelsäulenerkrankungen“ gestrichen und durch SB7 „Erkrankungen mit Gefäß-, Muskel- und Bindegewebsbeteiligung, insbesondere systemische Erkrankungen“ ersetzt. Unter der Erkrankung Torticollis spasticus (G24.3) ist die Diagnosegruppe WS2 „Wirbelsäulenerkrankungen“ gestrichen und durch die Diagnosegruppen ZN1 und ZN2 „ZNS-Erkrankungen einschließlich des Rückenmarks“ ersetzt worden.

 In der Regel ist bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose eine lebenslange phasen- und situationsgerechte Behandlung mittels Ernährungstherapie unerlässlich. Der G-BA hatte deshalb bereits am 16. März 2017 beschlossen, die Ernährungstherapie als neues Heilmittel für solche Erkrankungen einzuführen. Damit soll die Versorgung der Patienten mit angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose verbessert und eine wohnortnahe Ernährungstherapie sichergestellt werden. Mit der nun beschlossenen Erweiterung der Diagnoseliste des langfristigen Heilmittelbedarfs trägt der G-BA der Langfristigkeit und Schwere der funktionellen/strukturellen Schädigungen des Verdauungs- und Stoffwechselsystems bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und der zystischen Fibrose (Mukoviszidose) Rechnung.


ICD-10	Diagnose	Hinweis/Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel	
			Physiotherapie	Ernährungstherapie
E84.-	<b>Zystische Fibrose (Mukoviszidose)</b>	nur verordnungsfähig, wenn Ernährungstherapie alternativlos ist, da ansonsten Tod oder Behinderung drohen (gemäß Paragraf 42 i.V.m. dem Heilmittelkatalog)	AT3	CF

Quelle: KBV

# ann rechnet ab

## Krankentransport: Verordnung wurde nur auf den ersten Blick erleichtert

Die Beurteilung, ob eine ambulante Operation ein stationersetzender Eingriff ist und man GKV-Patienten deshalb eine Krankenfahrt verordnen kann, war bisher nicht eindeutig geklärt. In der Krankentransport-Richtlinie weist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auf den AOP-Katalog. Dort werden ambulante Operationen aber danach eingeteilt, ob sie nur ambulant (Kategorie 1) oder sowohl ambulant als auch stationär (Kategorie 2) erfolgen können. Laut Rechtsprechung durch das Bundessozialgericht (BSG) kommt es bei der Verordnung von entsprechenden Krankenfahrten aber darauf an, dass eine voll- oder teilstationäre Behandlung aus medizinischen Gründen zwar geboten ist, diese aber aus besonderen Gründen ambulant durchgeführt werden muss (BSG-Urteile AZ: B 1 KR 8/13 R und AZ: B 1 KR 2/16 R). Der G-BA hat nun eine Konkretisierung beschlossen, wonach eine Verordnung von Fahrten zur vor- und nachstationären Behandlung (Paragraf 115a SGB V), zu einer ambulanten Operation im Krankenhaus (Paragraf 115b SGB V) oder zu einer ambulanten Operation in der Vertragsarztpraxis künftig möglich ist, wenn die aus medizinischen Gründen gebotene voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung aus besonderen, beispielsweise patientenindividuellen Gründen ambulant vorgenommen wird. Ein solcher patientenindividueller Grund kann zum Beispiel vorliegen, wenn der Patient aus medizinischen Gründen stationär behandelt werden müsste, er sich zu Hause aber um einen pflegebedürftigen Angehörigen kümmern muss oder der Patient die Behandlung im Krankenhaus ablehnt. De facto bedeutet dies, dass man Fahrten zu ambulanten Operationen sowohl im Krankenhaus, als auch in der Vertragsarztpraxis weiterhin nur in Ausnahmefällen verordnen kann.

 Für uns Hausärzte, die in der Regel derartige Entscheidungen zu treffen haben, ist dies weiterhin eine nur unzureichende Lösung. Die Klarstellung in der Richtlinie soll zwar vor möglichen Regressen der Krankenkassen schützen, zieht aber einen weiteren Dokumentationsaufwand nach sich. Krankenfahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung nach Paragraf 115a SGB V (KT-Richtlinie: Paragraf 7 Abs. 2b) und zu einer ambulanten Operation nach Paragraf 115b SGB V im Krankenhaus oder in der Vertragsarztpraxis bedürfen nach Paragraf 7 Abs. 2c nämlich keiner Vorabgenehmigung der Krankenkasse. Deshalb besteht hier das potentielle Risiko, dass Krankenkassen bei Einzelfallprüfungen die Verordnungsentscheidung prüfen und Einzelregressanträge stellen, denen man dann mit einer solchen Begründung entgegentreten muss. Eine weitere Klarstellung verschärft diese Situation noch: Fahrten zur Versorgung in einer Geriatrischen Institutsambulanz wurden gleichgestellt mit Fahrten zu einer ambulanten Behandlung in der Praxis. Konkret hat der G-BA in Paragraf 8 der Krankentransport-Richtlinie die Versorgung in einer Geriatrischen Institutsambulanz nach Paragraf 118a SGB V als Verordnungsgrund aufgenommen. Auch hier kann man aber nur in Ausnahmefällen, die man begründen muss, eine Krankenförderung verordnen. Vorsicht ist somit weiterhin geboten!



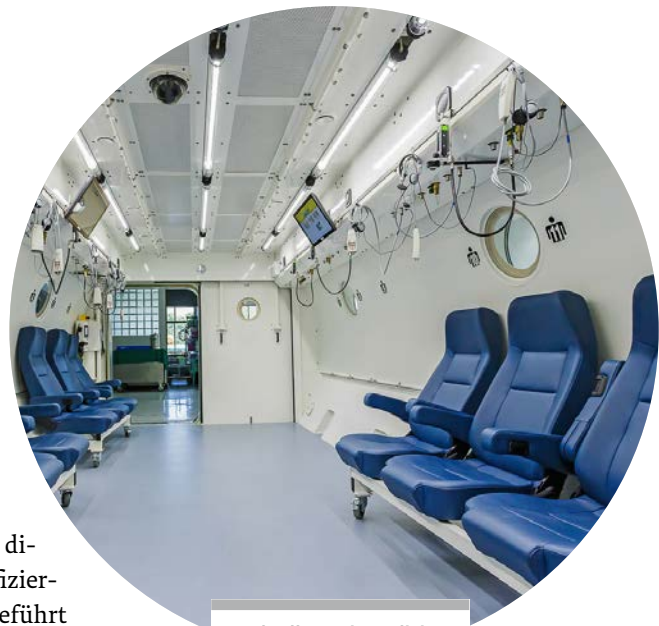
## Hyperbare Sauerstofftherapie jetzt Kassenleistung

Nach einer Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vom 21. September 2017 kann bei Patienten mit einem schweren diabetischen Fußsyndrom künftig ambulant eine hyperbare Sauerstofftherapie durchgeführt werden. Allerdings müssen dazu bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein. Außerdem muss der Bewertungsausschuss noch über die Vergütung verhandeln. Kassenpatienten haben aber schon jetzt einen Erstattungsanspruch gegenüber ihrer Kasse.



Laut dem G-BA Beschluss darf die hyperbare Sauerstofftherapie innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung nur als zusätzliche Behandlung bei Patienten angewendet werden, deren Läsion Gelenkkapsel oder Sehnen einschließt

(Wagner Stadium II). Voraussetzung ist auch, dass zuvor eine leitliniengerechte Wundversorgung in einer zur Behandlung des diabetischen Fußes qualifizierten Einrichtung durchgeführt worden ist, während der keine Heilungstendenz erkennbar war. Vor und während der hyperbaren Sauerstofftherapie muss eine konsequente Druckentlastung gewährleistet sein und vor Beginn bei bestehender Infektion eine antibiotische Therapie eingeleitet worden sein. Auch die Durchblutung des Fußes muss vor Beginn der Behandlung optimiert werden. Die Behandlung darf auf Überweisung von Fachärzten für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie sowie Fachärzten für In-



*Auch Allgemeinmediziner mit Anerkennung „Diabetologie“ dürfen eine hyperbare Sauerstofftherapie verordnen.*

nere Medizin und Fachärzten für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung „Diabetologie“ oder „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ beziehungsweise vergleichbarer Qualifikation durchgeführt werden.



## Psychotherapeutische Sprechstunde auch nach probatorischer Sitzung

Nach Auffassung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ist nach Durchführung probatorischer Sitzungen in einem Quartal zwar die Abrechnung der psychotherapeutischen Sprechstunde (Nr. 35151 EBM) im Folgequartal nicht im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie (Paragraf 11 i. V. m. Paragraf 12) möglich. Eine solche Konstellation schließt allerdings weder der EBM noch die Psychotherapie-Richtlinie explizit aus.



Vor diesem Hintergrund ist die beschriebene Abrechnungsreihenfolge möglich. Für den Übergangszeitraum vom ersten zum zweiten Quartal 2017 (vor und nach der Strukturreform in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung) ist es aus Sicht der KBV deshalb akzeptabel, die Abrechnung der psychotherapeutischen Sprechstunde auch dann zuzulassen, wenn im ersten Quartal 2017 bereits probatorische Sitzungen erfolgten.

Haben Sie Fragen zur Abrechnung oder Praxisführung? Mailen Sie der Redaktion: [info@medizinundmedien.eu](mailto:info@medizinundmedien.eu). Sie erhalten zeitnah eine persönliche Antwort. Allgemein relevante Themen werden anonymisiert veröffentlicht.